Ueber den Erfolg von 90 eitrigen Adnex-Operationen

ausgeführt in der

Universitäts-Frauenklinik zu Basel

in den Jahren 1901—1908.

Inaugural-Dissertation

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Felix Barth

prakt. Arzt

aus Basel.

1910

Buchdruckerei L. Koch, Romanshorn.

Ueber den Erfolg von 90 eitrigen Adnex-Operationen

ausgeführt in der

Universitäts-Frauenklinik zu Basel

in den Jahren 1901—1908.

Inaugural-Dissertation

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Felix Barth

prakt. Arzt

aus Basel.

1910

Buchdruckerei L. Koch, Romanshorn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberdenerfolgvo0000feli

Meinem lieben Vater

Dr. med. Paul Barth

in Dankbarkeit

gewidmet.

Ueber das Für und Wider operativer Behandlung eitriger Adnextumoren ist in den letzten Jahren viel gestritten worden. Während in den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts viel operiert worden war, wird jetzt wieder mehr die conservative, abwartende Methode angewandt, weil erkannt wurde, dass man die Gefahr der Anwesenheit von Eiter in der Tube als viel zu gross angesehen hatte, ebenso wie den Erfolg der Operation.

Auch die Frage, wann und wie operiert werden soll, ob mit oder ohne Drainage, ist noch viel umstritten, besonders da die Resultate aus den einzelnen Kliniken sehr verschieden lauten.

Nach den in der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Köln a. Rh. 1908 mitgeteilten Erfahrungen Prochovnicks soll erst nach einer genauen klinischen Beobachtung und dem misslungenen Versuch conservativ zu behandeln, operiert werden. Prochovnick fasst seine Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen:

1. Schwerkranke, die jeder Behandlung trotzen, operiere man nach einer genauen klinischen Beobachtung von 4— 5 Wochen falls nicht Tuberkulose im Spiel ist.

2. Allen Frauen, die nach längerer, conservativer Krankenhausbehandlung keine objektive Besserung der Befunde zeigen und schnell rückfällig werden, ist ein operativer Eingriff anzuraten. Nur wenn Abscessentleerung in Aussicht steht, versuche man eine wiederholte conservative Therapie. Frühzeitiges Eingreifen gestattet hier oft Erhaltung von Organen und Funktionen.

3. Unbedingt früh zu operieren ist bei einseitigen Geschwülsten, wenn ein Zusammenhang mit Blinddarmerkrankung sicher oder stark wahrscheinlich ist.

4. Beim Zusammentreffen von Tuberkulose mit andern Infektionen, insbesondere Gonorrhoe, sowie bei reiner Tuberkulose ist nur bei schwersten örtlichen Leiden, wenn Lunge und Harnorgane zur Zeit frei oder nahezu frei sind, operativ vorzugehen und zwar radikal.

5. Dauernde Fistelgeschwülste, in erster Linie bei Verbindung von vereiterten Tumoren mit Darmabschnitten, sollen, wenn sie

nicht extraperitoneal für ausgibige Drainierung zugängig sind, frühmöglichst und radikal angegriffen werden. —

Die Frage, ob und wie drainiert werden soll, wird sich im allgemeinen erst bei der Operation selbst beantworten lassen. So drainiert Fehling;

1. Wenn bei einer Laparotomie Eiter oder Jauche in grösserer Menge ins Operationsgebiet gelangt, wo auf ausgedehnte Strecken ein gesundes Bauchtell fehlt, oder wo grössere Bindegewebsräume eröffnet worden sind.

2. Wenn grössere Stücke einer eitrigen oder nekrotischen Sackwandung zurückgelassen werden mussten, die man nicht durch technisches Verfahren von der freien Bauchhöhle abschliessen kann.

3. Wenn eine anders nicht zu stillende parenchymatöse Flächenblutung oder eine venöse Blutung aus der Tiefe des kleinen Beckens eintritt (aus Notbehelf).

4. Wenn Verletzungen oder zuvor bestehende Fisteln des Dickdarmes oder der Blase vorhanden sind.

Im Frauenspital zu Basel wurden in den Jahren 1901 bis 1908 neunzig Fälle eitriger Adnextumoren operiert. Herr Prof. Dr. v. Herff hatte die Güte, mir aus seinem klinischen Material die Krankengeschichten dieser Fälle zu überlassen, deren Auszüge ich im folgenden wiedergebe.

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	**Anamnese**	**Aufnahmestatus** Diagnose
1.	B.-M., M. 42 Jahr St. Ludwig Zürich.	1901 236	I Lös. d. Place.	Vor 7 Wochen erkrankte Pat. an Bauch- und Brustfellentzündung. Nach 4 Wochen keine Schmerzen mehr; kein Fieber. Jetzt seit 14 Tagen Schmerzen in der l. Bauchseite bis zum Rippenbogen. Beständ. gelbweisser Fluor. Periode regelmässig, ohne Molimina.	In der linken Inguinalgegend ein ballotierender, auf Druck empfindlicher, Tumor durch die Bauchdecken durchtastbar. Uterus klein, anteflectiert. Im hintern Scheidengewölbe links, ein Tumor fühlbar. Diagnose: Salpingo-oophoritis duplex.
2.	Z.-M. 26 Jahr Blotzheim Elsass	1901 242	I Steiss-Lage	Letzte Niederkunft 22. III.01. Wochenbett fieberhaft, angeblich wegen Influenza. Damals heftige Leibschmerzen. Jetzt beidseits im Unterleib heftige Schmerzen, bes. bei Bewegungen. Patient ist seit der letzten Geburt bettlägerig. Letzte Periode am 23. IV. Nur 1 Tag lang.	Uterus klein, anteponiert, -flectiert. Rechts vorne ein höckeriger Tumor, der bis an die linken Adnexe reicht, die abtastbar sind, aber auch in einer Verdickung liegen. Diagnose: Salpingo-oophoritis dextra.
3.	G. E. 22 Jahr Ladentochter Basel Bayern	1901 243	○	Periode seit 1/9 Jahr schmerzhaft. Vor Eintritt derselben gelben Ausfluss. Seit 3 Wochen stechende Schmerzen im Unterleib, besond. links. Brennen beim Wasserlösen. Fieber. Abgang von Eiter per rectum et vaginam. Blutiger Urin.	Uterus anteflectiert, sinistroponiert. Auf der r. Seite ein grosser Tumor fühlbar, links ein kleinerer Tumor. Leib bei Berührung sehr schmerzhaft. Diagnose: Pyosalpinx et Pyovarium duplex.

Operation Datum	**Verlauf nach der Operation.**	**Entlassungsstatus**	**Austritt**
21. V. 01. Salpingooophorectomia duplex per laparotomiam. Tamponade nach Mikulicz. Auf der linken Seite ein faustgrosser, mit der Umgebung durch dicke Schwarten verbundener Tumor (Tube u. Ovarium), bei dessen Trennung reichlich Eiter vorquillt. R. Tube verdickt, ebenso r. Ovarium, beide in Adhaesionen gebettet, bei deren Lösung ebenfalls Eiter vorquillt. Da eine grosse fetzige, leicht blutende Wunde zurückbleibt, Mikulicz'. Tamponade. Verband.	Glatter Verlauf. 12. VI. Entfernung d. Schürze. Grosser Pyocyaneusrasen. Wunde heilt per granulationem. Am 9. VII. treten die Menses stark auf.	Wunde bis auf einen kleinen granulierenden Trichter geheilt. Uterus klein, anteflectiert.	13, VII. 01
27. VI. 01. Salpingooophorectomia dextra per laparotomiam. Tamponade nach Mikulicz. Die rechten Adnexe sind mit Dünndarmschlingen zu einem grossen Tumor verwachsen. Bei der Lösung entleert sich aus dem Ovarium u. der Tube grünlicher nicht stinkender Eiter. Abtragen des Adnextumors an seinem Stiel. Mikulicz'scher Gazebeutel. Verband.	Einmal Brechen. Am Tag nach der Operation einmal 40,2°. Sonst Verlauf afebril und glatt. 5. VII. Entfernung des Beutels.	In der Bauchwunde im untern Drittel ein noch 1½ cm. tiefer, schön granulierender Trichter.	29. VII. 01
27. VI. 01. Laparotomie. Eröffnung einer mit der Bauchwand leicht verklebten Pyosalpinx. Aus dem Tumor entleert sich massenhaft stinkender Eiter. Vernähen der Abscesswand mit der Bauchwand. Spülung mit H^2 O^2. Tamponade mit steriler Gaze.	Oefters Brechen. Viele Schmerzen. Temp. 39,5 Puls 164. Abends Exitus letalis.		27. VII. 01

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
4	Tsch.-Sp. Jos. 33 Jahr Elsass	1901 250	○	Seit 1/2 Jahr Schmerzen links im Unterleib und Brechen, in letzter Zeit Brennen beim Wasserlösen. Stuhlgang stets obstipiert, schmerzhaft. Periode immer regelmässig. Nach Aufhören derselben jeweils stechende Schmerzen auf der linken Seite.	Uterus klein, anteflectiert, dextroponiert, recliniert. Im Douglas ein grosser Tumor zu fühlen, im untern Teil cystisch, mit kleinen Höckern. Linke Adnexe scheinen in dem genannten Tumor aufgegangen zu sein. Rechte Adnexe frei. Diagnose: Tumor tuboov. sin.
5	N.R. 23 Jahr Basel Thurgau	1901 313	○		Leib ist aufgetrieben, schmerzh. Rechts, oberhalb vom Poupart'schen Bande eine Fistelöffnung mit eitrigem Ausfluss.
6	B.-O. Carol. 34 Jahr Basel Frankreich	1901 317	III norm.	Seit 2 Monaten gravid. Vor 3 Wochen starker Blutabgang. Seither heftige, krampfartige Schmerzen, die die Patientin ins Bett fesselten. Vor fünf Tagen wieder starker Blutverlust und Steigerung der Krämpfe. Kein Erbrechen. Kein Fieber.	Uterus entsprechend vergrössert. R. h. im Douglas ein prallelast. Tumor fühlbar. R. Tube verdickt, als ein harter Strang fühlbar. Grosse Schmerzhaftigkeit. Punktion ergibt serös-eitrige Flüssigkeit. Linke Adnexe ohne Veränderung. Diagnose: Tumor tuboov. dext.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
23. V. 01. Salpingooophorectomia per laparotomiam. Tamponade nach Mikulicz. Beim Versuch, den faustgrossen, aus Tube u. Ovarium bestehenden und mit der Umgebung fest verwachsenen Tumor, stumpf zu lösen, bricht derselbe ein. Es entleert sich fäculent riechender Eiter in die Bauchhöhle. Entfernung der Abscessmembran. Tamponade nach Mikulicz.	Mehrmals Brechen. Wenig Schmerzen. Kein Fieber. Am 30. V. Entfernung des Beutels. Wundtrichter schliesst sich langsam.	Im untern Wundwinkel noch granulierender Trichter. Wohlbefinden.	28. VI. 01
29. VI. 01. Salpingooophorectomia dextra. Salpingectomia sin. per laparotomiam. Mikulicz'sche Tamponade. Der mit den umliegenden Därmen verwachsene Tumor tuboov. wird ausgeschält, wobei er berstet und grünlichen dicken Eiter entleert. Die linke, am abdom. Ende verschlossene, stark verdickte Tube wird exstirpiert. Das Ovarium wird belassen. Tamponade nach Mikulicz.	Kein Fieber. Am 5. VII. Entfernung d. Schürze. Wunde granuliert gut.	Wunde im untern Winkel noch leicht granulierend.	11. VIII. 01
8. VII. 01. Hysterectomia vaginalis totalis; Salpingooophorectomia dextra. Die rechten Adnexe sind zu einem kindskopfgrossen, am Netz adhärenten Tumor umgewandelt, welcher bei der stumpfen Auslös. platzt und reichlich Eiter entleert. Entfernung d. Uterus und alles Krankhaften. Naht. Jodoformgaze tamponade.	In den ersten Tagen fliesst noch viel eitriges Sekret ab. Später nimmt die Sekretion stetig ab. Kein Fieber.	Vaginaltrichter schön granulierend; darin sitzen noch einige Fäden, die eine eitrige Sekretion unterhalten.	5. VIII. 01

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
7	H.-P. 36 J. Basel Italien	1901 323	II norm.	Seit 1 Jahr bei der Periode jeweils starken Blutverlust, 8—10 Tage lang dauernd. Dabei wehenartige Schmerzen. In der Zwischenzeit kein Blutabgang und keine Schmerzen, dagegen stets wenig schmutzigen, übelriechenden Ausfluss.	Uterus gross, hart, reicht bis zum Nabel. Os extern. für 3 Finger gut durchgängig. Cavum mit weichen Massen angefüllt. R. u. l. Adnexe in wurstförmige, prallelastische Tumoren umgewandelt. Diagnose: Verjauchtes submucöses Myom. Doppelseitige Pyosalpinx.
8	L.-B. 30 J. Hausfrau Basel Bern	1901 342	○	Letzte Periode auffallend stark, 10 Tage lang dauernd, verbunden mit heftigen Krämpfen im Unterleib. Seither blutiger Ausfluss.	Uterus in Anteflexion. Hinter dem Corpus uteri rechts ein weicher, faustgrosser Tumor. Linke Seite frei. Punktion des Tumors ergibt dunkles, flüssiges Blut. Fieber. Diagnose: Haematosalpinx dextra.
9	L.-B. 30 Jahr Hausfrau Basel Bern vide No. 8	1901 243 forts.	○	Seit dem Austritt am 26. VI. (s. o.) abends immer Fieber bis 38,9. Am 8. VII. Schüttelfrost. Tags darauf Eiterdurchbruch in's Rectum. Dann Temp.-Abfall und Besserung. Vom 25. VII. an wieder Temp.-Anstieg. Vom Arzt wird ein kindkopfgrosser fluctuierender Tumor rechts vom Uterus konstatiert.	R. vom Uterus eine kindskopfgrosse, fluctuierende Geschwulst, deren Kuppe bis handbreit über die Symphyse ragt, u. deren unt. Pol den Douglas ausfüllt. Rechte Tube daumendick, geht im Tumor auf. L. ovar. u. Tube nach hinten verlagert und verdickt.
10	R.-H. H. 26 J. Hausfrau Zell i. Wiesenthal Freiburg i. B.	1901 363	○	Periode in den letzten Jahren schmerzhaft. Vor 8 Jahren Bauchwassersucht. Seither immer Krämpfe im Leib, seit 1 Jahr häufiger und heftiger, zu beiden Seiten im Unterleib. Patientin bemerkt Grösserwerden des Leibes, bes. rechts und links.	Uterus recliniert, anteflectiert. Rechts davon ein faustgrosser, mit d. Längsachse sagittal gestellter, an beiden Enden zugespitzter, prallelastischer Tumor fühlbar. L. ein ebensolcher, etwas grösserer Tumor. Beide Tumoren vom Uterus gut abgrenzbar. Diagn.: Hydro-(Pyo?) salpinx duplex.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
12. VII. 01. Myomectomia totalis per laparotomiam. Salpingooophorectomia duplex. Die Tumoren werden samt dem Uterus ohne Verletzung der erstern entfernt. Während der Operation mehrfach Anfälle von Herzschwäche.	Exitus letalis 12 St. nach der Operation im Collaps.	Lipomatosis universalis. Dilatatio cordis et Myodegeneratio. Milztumor. Fettleber. Parenchym. Nephritis.	12. VII. 01
17. IV. 01. Eröffnung des Abscesses per vaginam. Es entleert sich reichlich stinkender, gelbgrüner Eiter. Auf der Abscesswand fühlt man oben das verdickte Ovarium. Einlegen eines Drainrohres. Jodoformgaze-Tamponade.	Patientin hat stets wenig Ausfluss. Am 25. V. ist an der obern Wand der frühern Abscesshöhle ein neuer prallelast. Tumor fühlbar, welcher eröffnet wird und massenhaft stinkenden Eiter entleert. Drainrohr. Sofort Temperaturabfall.	Abscesshöhle klein. R. oben noch eine kleine druckempf., fluct. Stelle. Immer noch starke Eitersekretion.	26. VI. 01
2. VIII. 01. Salpingooophorectomia duplex et Hysterectomia vaginalis. Beim Lösen der Adhaesionen reisst der Tumor ein und entleert reichl. Eiter. Linke Adnexe vergrössert u. entzündlich verändert. Tamponade mit Jodoformgaze.	Zweimal Brechen. Fieber. Am 12. VIII. Schüttelfrost. Viel eitriger Ausfluss. Vom 20. VIII. an fieberfrei, Abnahme des Ausflusses.	Fast kein Sekret mehr aus der Scheide fliessend.	9. IX 01
29. VIII. 01. Salpingectomia duplex per laparotomiam. Der linke Tumor, welcher der ausgeweiteten Tube entspricht, kann ohne weiteres luxiert u. am Stiel abgetragen werden. Der rechte Tumor ist in Adhaesionen gebettet und muss gelöst werden. An seiner Kuppe sitzt das Ovarium, das mit entfernt wird. Naht. Verband. Die beiden Tumoren enthalten sterilen Eiter.	Afebril. Am 18. IX. ziemlich resistentes Exsudat rechts vom Uterus zu fühlen. Haematom des Stumpfes. Sonst Verlauf glatt.	Rechts vom Uterus ein cystisches zum Teil derbes, pflaumengrosses Exsudat (Haematom) zu fühlen. — Narbe lineär.	21. IX. 01

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
11	J.-F. 23 Jahr Tochter Basel Baden	1901 386	o	Seit Januar Schmerzen in der link. Unterbauchgegend. Seither keine Periode mehr. Im Frühjahr Schwellung auf der linken Seite bemerkt. Schmerzen bes. bei der Arbeit und bei Druck. Eine Punktion der Anschwellung ergab nichts. Seit einig. Jahren Fluor. Kein Fieber.	Uterus anteflectiert, etwas hypoplastisch. Links fühlt man einen unebenen, höckerigen, verschiebbaren, aber mit dem Uterus in Zusammenhang stehenden Tumor. Neben dem Tumor die Tube als fingerdicker Strang fühlbar. Ovarium nicht fühlbar. Rechte Tube verdickt. Ovarium vollständig frei. Diagnose: Tumor tuboovarialis sinister (Pyosalp. tbc?)
12	N.-L. M. 24 J. Hausfrau Basel Elsass	1901 448	I Kind hatte Ophthalmoblenorrhoe	Pat. war vom 26. IV. bis 18. VI. wegen Gonorrhoe und Salpingooophoritis gonorrh. sin. im Spital. Wurde gebessert entlassen. Einige Wochen nachher krampfartige stechende Schmerzen im Unterleib. Periode seither sehr stark u. unregelmässig.	Uterus anteflectiert. Aus dem Muttermund schleimig eitriger Ausfluss. Die linke Tube ist stark verdickt, fluctuierend, das Ovarium vergrössert. Rechte Tube verdickt. Ovarium normal. Diagnose: Tumor tuboovarialis sin. gonorrh.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
27. IX. 01. Salpingectomia duplex. Ovariectomia sinistra per laparotomiam. Drainage nach Mikulicz. Untere Dünndärme u. Blase untereinander verwachsen. Der Darm reisst an zwei Stellen ein und entleert etwas Inhalt in die Bauchhöhle. Die rechte fingerdicke Tube wird entfernt, das Ovarium belassen. Linke Tube daumendick; Ovarium vereitert, daran anschliessend ein Abscess, der sich bis in den Inguinal-Kanal fortsetzt. Entfernung der Adnexe links. Die Abscessmembran kann nicht vollständig entfernt werden. — Tamponade mit Mikulicz'schem Gazebeutel. — Naht. Verband.	Am 1. X. Entfernung der Schürze. L. fliesst noch ziemlich viel Eiter aus der Wunde; ständig Ausspülungen mit Chlorwasser. Die Sekretion nimmt allmälig ab. Kein Fieber.	In der Mitte d. Bauchnarbe eine Fistelöffnung, durch die die Sondé 15 cm. tief gelangt. Uterus anteflectiert, tief stehend. Links ein knolliger, eigrosser Tumor, der in toto beweglich ist.	5. XII. 01
29. XI. 01. Salpingooophorectomia sinistra. Salpingectomia dextra. R. Adnexe mit Dünndarmschlingen verwachsen. Sie werden von den Adhaesionen befreit und abgetragen; ebenso die rechte krankhaft veränderte Tube. Die linke Tube enthält dicken Eiter; die rechte Blut. — Naht. Verband.	Leichte Temperatursteigerung im Beginn wegen Bronchitis. 9. XII. Entfernung d. Nähte. Wunde p. p. geheilt.	Uterus klein, anteflectiert. Nirgends ein Exsudat fühlbar. Pat. fühlt sich sehr wohl.	23. XII. 01

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
13	E.-M. M. 32 J. Hausfrau Basel Baselland	1902 3	II norm.	Pat. hat schon seit einigen Wochen Schmerzen im Unterleibe, bes. auf der r. Seite. Stets Fieber. Periode regelmässig, ohne Molimina. Kein Fluor.	Von aussen über der Symphyse ein höckeriger Tumor zu fühlen. Derselbe lässt sich per vaginam gut vom antefl. Uterus abtrennen. Die r. Adnexe gehen in dem Tumor auf. Linke Adnexe O. B. Vor dem Uterus ein Exsudat fühlbar. Diagnose: Tumor tuboov. dexter.
14	V.-K. 41 Jahr Wäscherin Basel Basel	1902 29	1 Abort 1 P	Pat. klagt, sie habe die beiden letzten Male bei der Periode starke Schmerzen links im Unterleib gehabt. Periode war sonst immer regelmässig und ohne Besonderheiten. Kein Ausfluss.	Taubeneigrosse Rectocele. Uterus anteflectiert, stark dextroponiert. Unmittelbar an ihn anschliessend auf der linken Seite ein grosser cystischer Tumor, der der linken Uteruskante innig anliegt, bis handbreit über die Symphyse ragt. Rechte Adnexe undeutlich. Diagnose: Salpingooophoritis abscedens sin.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
21. I. 02. Salpingooophorectomia duplex per laparotomiam. Drainage nach Mikulicz. Der grosse Tumor, eine völlig vereiterte Ovarialcyste, ist mit dem Coecum u. einigen Dünndarmschlingen verwachsen. Beim Lösen reisst die erweiterte Tube ein und entleert viel Eiter. In der hintern Blasenwand erscheint ein Abscess, der schon bis zur Mucosa vorgedrungen ist. Das linke Ovarium ist in einen cystischen Tumor umgewandelt und wird ebenfalls entfernt. — Revision - Toilette der Bauchhöhle. Mikulicz'sche Tamponade. Naht. (Im Eiter (Bouillon) Sprepto- u. Staphylocc.)	Einmal abends 38,5; sonst Verlauf vollkommen glatt. Entfernung d. Mikulicz'schen Schürze am 27. I. — Wunde granuliert schön; die Naht p. p. geheilt.	Wunde bis auf kleinen granulierenden Trichter geheilt. Uterus frei beweglich.	3. III. 02
14. I. 02. Salpingooophorectomia duplex, abdominalis. Ausschälen der intraligamentären Cyste. Drainage nach Mikulicz. Der Tumor ist vollständig intraligamentär entwickelt. Beim stumpfen Lösen der Adhaesionen reisst der mannskopfgrosse Tumor ein u. es entleert sich massenhaft Eiter in die Bauchhöhle. Auslösen der Abscessmembran. Da die r. Adnexe entzündl. verändert sind, werden sie auch abgetragen. Toilette der Bauchhöhle. Drainage nach Mikulicz. — Naht. Verband. — Der Eiter erweist sich als steril. Diagnose: Tuberc.	21. I. Entfernung des Mikulicz'schen Sackes. Verlauf vollkommen normal. Kein Fieber. Wunde per primam intentionem geheilt.	Noch ein kleiner granulierender Trichter am untern Ende der Narbe.	3. IV. 02

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
15	M.-H. 29 Jahr Basel Württemberg	1902 79	○	Seit 6 Wochen Klagen über stechende Schmerzen im Unterleib und Brennen beim Wasserlösen. Menses in Ordnung. Stets etwas Fluor.	Uterus anteflectiert, recliniert, virginell. L. vom Uterus ein faustgr. Tumor, von welchem das Ovarium abzutrennen ist. L. Ovarium vergrössert. R. Tube geschlängelt, bleistiftdick. R. Ovarium vergrössert. Auf d. Douglas'schen Falte Knötchen zu fühlen. Auf der r. Falte ein kleiner fluctuierender Tumor. Diagnose: Tumor tuboovar. duplex. Pelveocellulitis, Pelveoperiton, tbc.
16	B.-Sp. M. 37 J. Zürich	1902	○	Seit 2 Jahren von Zeit zu Zeit starke krampfartige Schmerzen im Unterleib, oft verbunden mit Brechen. Leichter Fluor. In letzter Zeit starke Zunahme der Schmerzen. Menses O. B.	Uterus anteponiert, -flectiert. Im Douglas'schen Raum ein diesen ganz ausfüllender Tumor. R. davon ein zweiter, faustgross abgrenzbar., leicht beweglich. Weiter oben lässt sich ein dritter, von den übrigen abgrenzbarer Tumor abtasten. Diagn.: Hydrosalpinx dextra. Pyovarium sin. Pelveoperitonitis.
17	Sch. C. 18 Jahr Magd Johannvorst. Elsass	1903 6	○	Im Juni 1902 wegen Sonorrh. hier im Spital. Seither oft Schmerzen bald rechts, bald links im Abdomen. Perioden regelmässig, stark und schmerzhaft. Kein Ausfluss mehr.	Uterus retroflectiert anscheinend fixiert. L. Ovarium und Tube dicht am Uterus, druckempf. Rechte Adnexe nicht deutlich zu fühlen. Im Urethral-Schleim keine Gonoconen nachweisbar. Diagnose: Pelogoperitonitis chron. gonorrh. Tumor tuboov. sin. Retrofl. uteri fix.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
14. III. 02. Salpingooophoritis duplex per laparotomiam. Drainage nach Mikulicz. Beim Lösen der zahlreichen Adhaesionen reisst rechterseits ein Eitersack ein. Der Eiter ergiesst sich in die Bauchhöhle. Exstirpation der r. Adnexe. Beim Lösen der l. Adnexe reisst d. Mastdarm ein. Naht. — Abtragen der l. Adnexe. Mikulicz'sche Drainage. Naht. Verband.	Nach der Operation tiefer Collaps, aus welchem langsame Erholung. Viel Aufstossen. Radialis. — Puls kaum fühlbar. Hohe Temperaturen. Beim Verbandwechsel riecht der Verband nach Stuhlgang. Am 18. III. Entfernung des Mikulicz'schen Gazebeutels. Spülen mit $H^2 O^2$. — Gegen Mittag plötzlich Verfall u. Exitus.		18. III. 02
10. III. 02. Salpingooophorectomia sinistra. Salpingectomia dextra. Drainage nach Mikulicz. Die vorliegenden Därme sind fest miteinander verklebt. Die linke Tube ist zur Hydrosalpinx umgewandelt. Bei der Lösung der l. Adnexe platzt ein Abscess im l. Ov. u. entleert Eiter in die Bauchhöhle. Abtragen der Adnexe beidseits. Tamponade n. Mikulicz. Naht. Verband.	Verband zweimal fäkulent riechend. Abends dreimal 38,4. Sonst Verlauf normal. 17. III. Entfernung des Mikulicz'schen Beutels. Wunde heilt p. p.	Am untern Wundwinkel noch kleine, granulierende Stelle. Dort eine 4 cm. tiefe, wenig secernierende Fistel.	21. IV. 02
18. XII. 02. Salpingoovariectomia sin. Salpingect. dextr. per vaginam. Uterus retroflectiert, durch alte Adhaesionen fixiert. L. Ovarium cystisch degeneriert. Tube keulenförm. verdickt. Bei der Herausnahme platzt die Cyste und entleert. Eiter. Vesicofixation des Uterus. Naht. Tamponade der Scheide.	Am 1.—3. Tag einige Male Brechen. Abends 38,2—38,4°. Bis zum 9. Tag keine Schmerzen.	Colpotomiewunde geheilt. Auf der l. Seite ein etwa nussgr. nicht empfindl. Infiltrat.	13. I. 03

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
18	V.-V. 33 Jahr Hausfrau. Basel Baselland	1903 28	o	Patientin blutet seit einem Monat konstant. Schon seit längerer Zeit Schmerzen im Abdomen, welche sich auf der r. Seite localisierten. War läng. Zeit wegen Blinddarmentzündung in Behandlung.	Uterus retroflectiert-vertiert. R. ein Tumor von deutlicher Posthornform. Von ihm geht ein zweiter Tumor aus, der bis über die Mittellinie reicht. Auf der l. Seite sind die Adnexe nicht deutlich zu fühlen. Diagnose: Haematosalpinx. Pyovarium?
19	J.-G. 29 Jahr Fabrik-Arb. Basel Bern	1903 60	IV.	Am 2. I. Schüttelfrost und starke Schmerzen im Abdomen. Seither wiederholen sich die Schmerzen von Zeit zu Zeit. Periode O. B.	Uterus anteponiert, sinistro-retrovertiert. Lks. vom Uterus ein apfelgrosser, derber Körper, der mit der Uteruskante durch einen ebenfalls derben und fingerdicken Strang (Tube?) verbunden ist. R. vom Uterus ein grösserer Tumor von gleicher Consistenz. Tube scheint normal. Hinter dem Uterus in der Höhe der Portio beginnend ein wurstförmiger Tumor, der mit dem rechtseitigen Tumor eng verbunden ist. Diagnose: Tuberculose der Adnexe.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
9. I. 03. Salpingooophorectomia duplex per lapar. Der von rechts nach der Medianlinie ziehende, blaurot durchscheinende Tumor platzt bei der Lösung d. Adhaerenzen und entleert dunkles Blut. Bei der Lösung d. Adhaerenzen erscheint auch Eiter. Entfernung der l. Adnexe. Die r. Adnexe sind ebenfalls entzündlich verändert u. werden entfernt. Drainage nach Mikulicz.	Vollkommen glatt, keine Fieber. Am 14. I. Entfernung der Mikulicz'schen Schürze.	Naht p. p. geheilt. Nirgends ein Exsudat.	6. II. 03
29. I. 03. Salpingooophorectomia sin. Salpingectomia dextra per laparotomiam. Beim Versuch, den linksseitigen Tumor aus seinen ziemlich zahlreichen Adhaerenzen zu lösen, platzt derselbe und entleert grünlich-gelben Eiter. Entfernung der l. Adnexe und der kranken rechten Tube. Toilette der Bauchhöhle. Drainage nach Mikulicz. — Naht.	Glatt. Kein Fieber. 3. II. Entfernung der Mik. Tamp. 8. II. Entfernung der Nähte. Wunde pp. geheilt. Wundtricht. granuliert schön. Am 3. III. Wunde vollkommen geschlossen. 13. III. Eintritt der Periode, welche ganz schmerzlos verläuft.	Uterus klein, anteflectiert, wenig beweglich. Nirgends ein Exsudat. Bauchnarbe solid.	24. III. 03

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
20	Th. I. 21 Jahr Fabrikarbeit. Aesch Bern	1903 63	○	Seit 3 Wochen anfallweise Schmerzen im Abdomen, mehr rechts, als links, und in der Blasengegend. Brennen beim Wasserlassen. Letzte Periode nur zwei Stunden dauernd, sonst immer normal gewesen.	Uterus anteponiert, anteflectiert. Rechts ein rundlicher, verschiebbarer Tumor mit glatter Oberfläche zu fühlen. L. scheint ein kleinerer Tumor tuboovarialis zu liegen. Diagnose: Salpingo-oophoritis dextra purulenta.
21	L.-B. 31 Jahr Hausfrau Bayern	1903 78	○ 8 Jahr steril.	Seit 8 Jahren steril. Der Mann gibt zu, bei noch nicht geheilter Gonorrhoe geheiratet zu haben. Pat. war vor 14 Tagen an Douglasabscess behandelt, entlassen worden. Zu Hause wurden die Schmerzen, auf der r. Seite, unerträglich. Hohes Fieber 39,5—39,8°.	Aus der Vagina fliesst Eiter ab. Rechts vom Uterus nach hinten zu fühlt man einen gut faustgrossen, prallelastischen auf Druck sehr empfindlichen Tumor. Adnexe nicht abtastbar. Diagnose: Vereiterte gonorrhoische Ovarialcyste rechts.
22	St. F. 19 Jahr Schneiderin Basel Bern	1903 94	○	1901 Blinddarmentzündung. Seither angeblich beständig die gleichen Schmerzen auf der rechten Seite, während der Periode besonders stark stechend. Die Periode in den letzten drei Vierteljahren sehr stark und 8—10 Tage dauernd. Nie Fieber.	Uterus klein, virginell. Retroponiert, anteflectiert. Im l. Scheidegewölbe ein höckeriger kammartiger Tumor zu fühlen, der sich durch die fossa vesico-uterina nach der andern Seite zieht und dort in einem ebensolchen höckerigen Tumor endet. Diagnose: Tumor tuboovarialis duplex tuberculosus.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
29. I. 03. Salpingooophorectomia dextra. Salpingectomia sinistra. Netz mit den Beckenorganen verwachsen. Flexur mit dem Uterus fundus und dem rechts von ihm liegenden Tumor verwachsen. Bei der stumpfen Trennung der Adhaerenzen und Auslösung des Tumors reisst dieser ein und ergiesst hellbraunen dünnen Eiter in die Bauchhöhle. Die linke verdickte Tube wird ebenfalls entfernt. Drainage an Stelle der r. Adnexe nach Mikulicz. Schluss der Bauchhöhle bis auf den untern Wundwinkel.	Kein Brechen; kein Fieber. 3. III. Entfernung der Tamp. 5. III. Entfernung des Beutels. Dieser riecht fäkulent. Bact. coli und Pyocyan. Wirkung sichtbar. Spülung der Wunde mit essigsaurer Thonerde. 8. III. Darmfistel offenkundig. Es fliesst breiiger, dunkler Stuhl ab. Stichkanaleit. Entf. ein. Nähte. Tägl. Spülung der Wunde. Lockere Tamponade. Stets weniger Stuhl aus der Wunde. Wundtrichter wird enger und reinigt sich gut. — 26. III. Eintritt d. Periode; verläuft schmerzlos. Wundtrichter noch 3 cm. tief. Keine Sekretion mehr. Pat. nimmt an Gewicht stets zu.	Laparotomiewunde fest vernarbt. Nirgds. Druckempfindlichkeit. Uterus normal; wenig beweglich, anteflectiert.	3. IV. 03
2. II. 03. Punktion. Eröffnung d. Abscesses. Drainage. Vom hintern Scheidengewölbe aus wird mit einer Punktionsnadel in den Tumor eingestochen. Es entleert sich seröseitrige Flüssigkeit. Erweiterung d. Punktionsöffnung und Einlegen eines Drains.	Sofort Temperaturabfall. Abends 38,0. Später immer unter 38,0°. Der Ausfluss nimmt täglich ab. Die Schmerzen haben mit der Operation aufgehört.	Rechtes Ovarium hühnereigross, hart, nicht druckempfindlich. Fistelöffnung geschlossen.	3. III. 03
12. II. 03. Salpingooophorectomia duplex. Amputatio uteri supravaginalis per laparotomiam. Die Organe des kleinen Beckens sind sämtliche fest mit einander verbacken. Die Ovarien sind beide hühnereigross, stark verdickt. Bei der stumpfen Trennung der Adhaerenzen entleert sich Eiter in die Bauchhöhle. Der Uterus muss mit den Adnexen in toto entfernt werden. Tamponade nach Mikulicz. Naht.	Kein Erbrechen. 15. II. Entfernung des Tamp., 17. II. Entfernung der Schürze. Mässig starke Sekretion. Die Fistel schliesst sich bald. Auftreten heftiger Schmerzen beim Wasserlösen. Die Fistel bricht wieder auf und entleert viel Eiter. Spülungen.	Auf der linken Seite noch wallnussgrosser Tumor.	28. XII. 03

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
23	G.-M. 25 Jahr Hausfrau Basel Baselland	1903 162	II	Die zwei letzten Perioden waren schmerzhafter als gewöhnlich. In d. Intervallen Schmerzen auf der linken Seite, die in's linke Bein ausstrahlen.	Uterus nach rechts verlagert durch einen kleinkindskopfgross. Tumor, welcher fluctuiert. Consistenz weich. Tumor scheint von der Tube auszugehen. Ovarium nicht deutlich abtastbar. R. Adnexe leicht vergrössert, druckempfindl. Diagnose: Tumor tuboovarialis sin. Salpingooophoritis dextra.
24	J.-St. 31 Jahr Hausfrau Basel Baselland	1903 182	I.	Seit der Geburt vor 4 Jahren Schmerzen im Kreuz und Unterleib auf beiden Seiten, die sich bei körperl. Anstrengungen verschlimmern; von der Periode unabhängig.	Uterus recliniert, anteflectiert, descendiert auf dem Beckenboden. R. im Douglas ein stark fluctuierender, wahrscheinlich aus Tube und Ovarium besteh., grosser Tumor. L. ein sehr empfindlicher, kleinerer Tumor tuboovarialis. Diagnose: Descensus uteri. Tumor tuboovar. duplex.
25	V.-G. 29 Jahr Hausfrau Gr. Hüningen Elsass	1903 201	3 Jahr steril verh.	Seit 3 Monaten leidend. Immer heftiger werdende Krämpfe im Unterleib, am stärksten bei Bettlage. Periode O. B. Nie Ausfluss.	Uterus normal gross, antefl., retroponiert, wenig beweglich. L. fühlt man einen Tumor von Apfelgrösse u. verschiedener Consistenz. Rechts ein grösserer, aus zwei kleinen zusammengesetzter, cystischer Tumor. Von dem Tumor aus ziehen gegen das Promontorium hin kammartige Exsudatmassen von sehr derber Consistenz. An der r. Tube einige harte Knötchen. Diagnose: Salpingooophoritis dpl. tbc.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation.	Entlassungsstatus	Austritt
6. III. 03. Salpingooophorectomia duplex per lapar. Der dem Ovarium u. der Tube angehörende Tumor links ist nicht verwachsen mit der Umgebung. Beim Herauswälzen platzt er und entleert dünn-flüssigen Eiter. Die Adnexe werden beidseits abgetragen. Auf Drainage der Bauchhöhle wird verzichtet. Schluss d. Bauchhöhle.	Glatter Verlauf. Nie Brechen. Kein Fieber. Wunde p. p. Narbe solid. Nirgends Druckempfindlichkeit.	Uterus anteflectiert, beweglich. Kein Stumpfexsudat. Keinerlei Beschwerden. Bauchnarbe fest.	7. IV. 03
2. IV. 03. Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe per vaginam. Beim Herunterziehen der lospräparierten linken Tube reisst diese ein und entleert dünnflüssigen, gelblichen Eiter. Auch der Tumor auf der r. Seite reisst ein und entleert Eiter. Spülung mit Borwasser. Abtragung der Adnexe Xeroformgazetamponade der Bauchhöhle und d. Scheide.	Glatter Verlauf. Kein Fieber.	Scheidentrichter schön granulierend. Nirgends Exsudat.	31. IV 03
14. IV. 03. Totalexstirpation des Uterus mit den Adnexen (Except. ov. sin.) per vaginam. Mediane Spaltung des Uterus; Herausnahme d. l. Tube, die stark verdickt und schwer aus der Umgebung zu lösen ist. Entfernung der beiden Uterushälften. Der grosse rechtsseitige Tumor wird aus seiner Umgebung ausgeschält. Dabei fliesst etwas übelriechender Eiter heraus. Einnähen d. Plicastumpfes in die Scheide. Tamponade der Perit.-Höhle mit zwei Mèchen.	Abends 38,0°. Urin u. Winde spontan. 19. IV. Entfernung eines Tampons, der schwarz verfärbt ist und übel riecht. 20. IV. 2. Tamp. heraus. Nachts heftige Schmerzen. 38,5° ohne nachweisbare Ursache. 27. IV. Nähte entfernt. Alles i. O.	Allgemeinbefinden gut. Wunde im Scheidengewölbe granuliert noch an einigen Stellen. Kein Stumpfexsudat.	6. V. 03

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	**Anamnese**	**Aufnahmestatus** Diagnose
26	K.-Sch. 30 J. Hausfrau	1903 245	O. P.	Seit längerer Zeit Ausfluss. In den letzten Wochen an Stärke stets zunehmende Schmerzen im Unterleib links. Menstruation nicht verändert.	Scheide eng. Stark eitriger Ausfluss. Ut. antefl., dextropon., klein, bis zur Hälfte der Hinterfläche abgrenzb. Von da aus geht ein Kamm, d. auf einen Tumor von Orangegrösse zuläuft. Der Tumor geht bis zur linken Beckenwand und ist in toto etwas beweglich. R. Tube angeschwollen. Ovar. scheint normal zu sein. Diagnose: Tumor tuboovarialis sin.
27	C.-A. 37 Jahr Hausfrau	1903 259	I.	Schmerzen im Unterleib seit 8 Tagen, rechts und in der Mitte, die sich so sehr steigerten, dass Pat. das Bett nicht verlassen konnte. Ausfluss soll nie bestanden haben. Periode stets regelmässig und ohne Beschwerden.	Uterus gross, dick, anteflectiert. L. Ovar. an der Beckenwand frei bewegl. L. Tube etwas verdickt. R. Ovar. und Tube bilden einen Tumor der den Uterus überragt. Diagnose: Pyosalpinx duplex. Pyovarium dextrum.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	**Entlassungsstatus**	**Austritt**
26. V. 03. Salpingooophorectomia duplex per vaginam mit Uterusexstirpation. Spaltung des Uterus. Heraushohlen der linken Adnexe, wobei ein Eitersack platzt und plötzlich viel dickflüssiger Eiter in der Vagina erscheint. Abtragen der l. u. r. Adnexe, welch letztere ebenfalls erkrankt sind. Einnähen d. Stümpfe in die Scheide. Naht. Tamponade der Bauchhöhle.	Mehrm. Brechen. Katheterismus. Am 2. Tag kein Brechen mehr; Schmerzen im Leib. Katheterismus. Urotropin. Urin spontan. Entfernung der Tamponade. 6. VI. Entfernung d. Nähte. Wohlbefinden.	Im Grunde der Scheide ein granulierender Wundtrichter. Nirgends ein Exsudat oder Druckempfindlichkeit.	9. VII. 03
19. V. 03. Salpingooophorectomia per lapar. Därme und Netz sind z. T. mit den Beckenorganen verwachsen. Beim Lösen einer Darmschlinge wird ein Abscess eröffnet, der zwischen den Adnexen, Blase u. Darm lag. Es entleert sich grünl., stinkender Eiter aus demselben. Resecieren der Adnexe auf beiden Seiten. Drainage d. Bauchhöhle nach Mikulicz.	23. V. Entfernung d. Tampons. Einführen eines neuen. Katheterismus. Kein Fieber. 5. VI. Urin spontan. 6. VI. Phlebitis 38,2°. Wundtrichter schliesst sich langsam, secerniert. Täglich Spülungen mit H^2O^2.	Allgemeinbefinden gut. Noch 3 cm. tiefer, wenig secernierend. Wundtrichter. Leib weich, nirgends Druckempfindung.	11. VII. 03

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	**Anamnese**	**Aufnahmestatus** Diagnose
28	G.-B.34 Jahr Regensdorf Elsass	1903 285	2	War 1902 wegen einer Geschwulst im Unterleib conservativ behandelt worden. Da die Schmerzen sich steigerten und Patientin das Bett hüten musste, will sie sich operieren lassen.	Uterus tiefsteh., nach hinten verlagert, druckempfindlich. Rechts davon ein mandarinengr. Tumor. Diagnose: Tumor tuboov. dext.
29	T.-M. 32 Jahr Hausfrau Basel Solothurn	1903 315	2	Vor fünf Monaten Schmerzen im Unterleib, die während der Periode sehr heftig wurden. Nach der Periode verschwanden die Schmerzen und kamen nicht wieder bis vor 14 Tagen. Vor 8 Tagen trat die Periode ein und die Schmerzen wurden unerträglich.	Uterus dextro-, anteponiert. R. vom Uterus geht ein harter praller Tumor ab, der bis an die Beckenwand reicht. Links ein grösserer, etwas verschiebbarer Tumor. Beide Tumoren drängen sich hinter dem Uterus zusammen. Bekkenbindegewebe hart, infiltriert. Punktion ergibt Eiter. Diagnose: Pyosalpinx. Pyovar. dupl. Pelveoperitonitis.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
30. V. 03. Totalexstirpation des Uterus mit den Adnexen. Spaltung der vordern und der hintern Uteruswand. Die linken Adnexe, die ebenfalls krankhaft verändert sind, werden entfernt. Beim Versuch, den Tumor der r. Seite stumpf auszuschälen, platzt er und entleert gelblichen übelriechenden Eiter. Borspülung. Entfernung der Geschwulst im Zusammenhang mit dem Uterus. Die r. Tube ist in einen länglichen, wurstförmigen Tumor verwandelt und wird stumpf ausgelöst. Einlegen einer Mèche in's Peritoneum.	Urin spontan. Am 31. V. starke Schmerzen im Unterleib. Winde und Stuhl spontan. Zerfall. 10 h p. m. Exitus.	Sektion verweigert.	31. V. 03
27. VI. 03. Totalexstirpation des Uterus mit den Adnexen per laparotom. Därme nicht verwachsen. Beim Loslösen des linken Tumors von der Plica ovario-pelv. reisst derselbe ein und ergiesst massenhaft dicken gelben Eiter. Der r. Adnextumor wird ebenfalls beim Lospräparieren eingerissen, ebenso ein Douglasabscess. Entfernung der Tumoren mit dem Uterus. Tamponade n. Mikulicz. Naht. Verb.	Sofort nach der Op. ist Patientin collabiert. Puls klein, 140. Abends Puls unfühlbar. Zeitweise heftige Dyspnoe. 7 h. p. m. Exitus.	Sektion verweigert.	27. VI. 03

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
30	K.-J. 45 Jahr Hausfrau Neu-Allschwyl Baselland	1903 402	o	Die letzten Perioden folgten sich in Intervallen von 2—3 Wochen, waren schmerzhaft, nicht besonders stark. Seit 5 Tagen Schmerzen im Unterleib, Brennen beim Wasserlösen. Fieber.	Durch die Bauchdekken ein dem im 6. Monat schwangern Uterus gleichender Tumor von prall-elast. Consistenz. Portio auf dem Beckenboden. Uterus recliniert, sinistroponiert. Vor demselben und hinter der Symphyse ist der von Aussen durchgetastete Tumor zu fühlen. Er ist auf Druck empfindlich und zeigt deutlich Fluctuation. Adnexe nicht fühlbar. Diagnose: Ovarialcyste rechts.
31	Z.-M. 38 Jahr Köchin Basel Bern	1903 420	2	Vor 6 Wochen plötzlich zuckende, stechende Schmerzen im Unterleib; Fieber und blutigen Ausfluss. Auf Bettruhe verschwanden die Schmerzen. Seit 14 Tagen wieder Schmerzen u. dicken gelben eitrigen Ausfluss.	Uterus anteflectiert, etwas verdickt; aus der Cervix starker, eitriger Ausfluss. L. Ovar. wallnussgross. empf. R. ein hühnereigr., cystischer Tumor, etwas adhaerent. Tuben besonders verdickt. Diagnose: Pyosalping. et ooph. dupl.
32	A.-M. 32 Jahr Hausfrau Baselland Baden	1903 447	5	Vor 8 Wochen traten Schmerzen im Unterleib auf. Pat. lag seit 5 Wochen im Bett; machte Spülungen und Sitzbäder ohne Erfolg.	Uterus recliniert, retrovertiert, durch einen Tumor stark nach rechts verschoben. Links ein über orangegrosser fluctuierender Tumor. Diagnose: Tumor tuboov. sin.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
20. VIII. 03. Ovariotomia dextra per laparotom. Die Geschwulst ist ringsum durch leicht trennbare Adhaerenzen mit der Bauchwand verwachsen. Bei der Trennung reisst dennoch die Cystenwand ein und es entleert sich sehr viel dünner, grünlich-gelber Eiter in die Bauchhöhle. Spülung der Periotomalhöhle. Nach Auslösung der Cystenwand nochmals Spülung. Tamponade der r. Beckenhälfte nach Mikulicz. Naht. Verband.	Am 1. u. 2. Tag fühlt sich Pat. rel. wohl. Stuhl u. Winde gehen ab. Gegen Abend des 2. Tages wird der Puls klein und frequent, nicht mehr zählbar. Temp. 39,4. Kein Brechen, kein Aufstossen. Am 3. Tag plötzlich Verfall und Exitus.	Anat. path. Diagnose: Peritonitis fibrinosa Cystis purul. ov. sin. Degeneratio parenchymatosa et lipomatosis Cordis destr.	23 VIII. 03
5. IX. 03. Salpingooophorectomia dpl. per lap. S Rom. hängt mit dem linksseit. Tumor zusammen; Auslösen des Tumor tuboovarialis aus den flächenhaften, leicht trennbaren Adhaerenzen. Beim Lösen platzt ein kleiner Abscess. Abtragung der Adnexe beidseits. Naht.	Am folgenden Morgen 39,0. Viel Aufstossen, kein Brechen. 8. IX. kein Stuhl, keine Winde, u. mehrm. Brechen. Abendtemp. 36,6. Leib weich. Auf Laxans reichl. Stuhl. Verlauf von da an glatt.	Uterus anteflect. Nirgends Exsudat. Narbe p. p. geheilt.	30. IX 03
28. IX. 03. Punktion. Drainage. Eröffnung des Abscesses, vom hintern Scheidengewölbe aus, entleert sich viel eitriges Sekret. Drainage mit T-Gummi-Drain.	Anfangs jeden Tag weniger Sekretion. Fieber bis auf 39,2. Dann bildet sich über dem l. Poup. Bande eine Vorwölbung, welche incidiert wird und Eiter entleert. Sofort Temp.-Abfall. Normaler Verlauf.	Uterus recliniert, retrovertiert. L. ein wallnussgrosser Tumor an d. Beckenwand. Fistel geschlossen. Incisionswunde eingezogen, von einer schmalen trockenen Borke belegt.	22 X. 03

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
33	J.-E. 36 Jahr Hausfrau Elsass	1903 497	9	Vor 2 Monaten begann blutiger, übelriechender Ausfluss, der bis vor 14 Tagen anhielt. Vor 14 Tagen Schüttelfröste. Schmerzen und häufig wehenart. Krämpfe. Kein Blutabgang mehr. Menses sonst immer regelmässig.	Uterus anteflectiert; im Abdomen fühlt man einen rundlichen Tumor, hauptsächlich links liegend u. mit einem Fortsatz nach der Mittellinie reichend. Der Tumor liegt hinten auf dem Beckenboden auf. Diagnose: Tumor tuboov. sin.
34	K.-Sch 37 J. Hausfrau Basel Bern	1904 1	1 Abort	Vor 4 Monaten, nach öfters vorausgegangenem Stechen, plötzlich sehr heftige Schmerzen r. im Unterleib, während 3 Wochen andauernd. Fieber bis 40°. Durchbruch von Eiter in die Blase. Dann nach 4 Wochen wieder massenhaft Eiter im Urin. Stets Fieber und Schmerzen. Seither alle 3—5 Tage dicken trüben Urin.	Scheide doppelt. R. Hymen erhalten. Rechts fühlt man eine Masse, die dem Ovar. und der Tube entspricht. Deutl. Fluctuation. Links Tube und Ovorium auch verdickt. Diagnose: Tumor tuboovar. dupl.
35	H.-K. 33 Jahr Wäscherin Basel Baden	1904 4	3	Seit einigen Wochen Kreuzschmerzen. Vor 14 Tagen plötzlich starke Blutung Coagula und Fetzen gingen ab. Einige Tage darauf mehrmals Schüttelfröste. Heftige Schmerzen im Unterleib rechts. Mehrm. Brechen. Pat. verliert andauernd Blut.	Mm geschloss. Uterus anteflectiert, etwas nach links liegend. Rechts v. Uterus parallel d. Poupart'schen Bande verläuft ein Tumor von wurstförmiger Gestalt u. ca. 3 Finger Breite. L. Ovarium frei beweglich. Diagnose: Extrauterin gravidität.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
14. IX. 03. Salpingooophorectomia duplex. p. l. Loslösen des Tumors von seinen leichten Adhaerenzen. Beim herausziehen platzt ein kleiner Abscess und entleert etwas Eiter in d. Bauchhöhle. Abtragen des Tumors und der rechtsseitigen, entzündl. veränd. Adnexe. Schluss d. B. H.	Vollkommen glatt. Nie Fieber. Noch hie und da Schmerzen im Abdomen.	Portio hochsteh. Nirgends Exsudat. Laparotomiewunde fest, glatt.	19. X. 03
4. II. 04. Salpingooophorectomia duplex per laparotom. Beim Oeffnen des Peritoneum liegt hinter d. Blase ein kleinfaustgrosser, mit der Umgebung fest verwachsener Tumor, d. stumpf lospraep. wird. Bei m Durchtrennen von knorpelharten Adhaesionen, die den Tumor noch im Becken festhalten, platzt derselbe und entleert stinkenden Eiter. Linke Tube zeigt sich etwas verdickt. Abtragen d. Adnexe bds. In das Wundbett rechts wird ein Mikulicz-scher Beutel eingelegt und die Bauchwunde bis auf den untern Wundwinkel vernäht.	Am ersten Tag starke Schmerzen und Brechen. Am 6. II. Entf. d. Gaze, am 10. II. des Beutels. Spülung mit H^2 O^2. Am 15. und 16. II. leichte Temp.-Steig. Beim Spülen gehen etwas Fäces ab. Später keine Klagen mehr. Normale Temperaturen. Wundtrichter granuliert gut.	Wundtrichter fast völlig geschlossen. Vom Rektum aus fühlt man auf der rechten Seite eine starre pelveo peritonitische und pelveocellulitische Infiltration.	17. III. 04
24. XI. 03. Salpingooophorectomia dextra p. lapar. In der rechten Beckenhälfte bilden Ovar., Tube und Därme eine zus.-geback. Masse. Im Zentrum derselb. fühlt man deutl. Fluctuation. Beim Versuch, die Adhaesionen zu trennen, reisst ein Abscess ein und entleert dünnen Eiter. Abtragung der Adnexe rechts. Die linken Adnexe sind unverändert u. werden belassen. Tamponade nach Mikuliez. Naht der Bauchwunde bis zum unteren Winkel.	Abends 38,6. Sonst nie Fieber. In den 2 nächsten Tagen häufig Brechen. Nach Stuhl u. Winden hört dasselbe auf. Am 28. XI. Wechsel des Tampons, der fäkulent riecht. 1. XII. Entfernung des Beutels. Dabei tritt etwas Blut aus. Spülung mit H^2 O^2. Keine Temperaturerhöhung. Verlauf von da an gut.	Uterus anteflect., frei beweglich. Kein Exsudat.	12. I. 04

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
36	Z.-G. 33 Jahr Hausfrau Baden Baden	1904 11	5	Seit $^3/_4$ Jahr klagt Patient über Schmerzen zu beiden Seiten im Unterleib. Machte seither einen Abort durch, nach welchem die Schmerzen speziell auf der linken Seite wieder stark einsetzten. Seit 1 Jahr gelben Ausfluss.	Uterus klein, anteflectiert, frei beweglich. R. Tube frei, vielleicht etwas vergrössert. Links ein Kleinkindskopfgross. Tumor an d. Seitenkante des Uterus. Derselbe ist ziemlich gut beweglich, rundl., hinten mit der Beckenwand verwachsen. Consistenz hart. Diagnose: Tumor tuboovarialis sin.
37	A. Br. 22 Jahr Buchhalterin Basel Bayern	1904 24	o	Vor zwei Mon. heftige Schmerzen im Kreuz und in der Lendengeg. Fieber. Oefters Brechen. Einmal entleert sich mit dem Urin viel Eiter und Blut. Urin seither immer trüb. Wenig Schmerzen mehr.	Aus der Vagina tritt Eiter aus. Uterus anteflectiert, sinistroponiert. Rechts ein faustgrosser Tumor von prallelast. Consistenz, der mit der untern Kuppe in's Scheidengewölbe hinabreicht. Adnexe nicht abzutast. Links ein kleiner Tumor tuboovar., der adhaerent ist. Diagnose: Tumor. tuboovar. duplex.
38	Sch.-St. 32 Jahr Hausfrau Basel Baselland	1904 57	4	Vor 14 Tagen Krämpfe im Unterleib, Schüttelfröste. Auf Bettruhe gingen die Schmerzen zurück, bis sie vor 2 Tagen wieder und heftiger auftraten. Viel Brechreiz. Starker Fluor.	Uter. anteponiert-flectiert. Jm Douglas ein weicher Tumor zu fühlen, der kammartig nach dem Beckenausgang vorspringt. Punktion d. Tumors ergibt Eiter, der sich als steril erweist. Diagnose: Tumor tuboovarialis.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
17. XII. 03. Vaginale Totalexstirpation mit Entfernung d. linken Adnexe. Spaltung des Uterus u. Abtragen der r. Uterushälfte. Freipraep. des Tumor aus seinen Verwachsungen mit den Fingern. Dabei platzt er u. entleert reichl. eitrigen Inhalt. Abtragen der l. Uterushälfte u. des Tumors. Einnähen des Peritoneum in die Vag.-wände. B. H. wird offen gelassen u. tamp.	Einmal Brechen. Ziemlich viel Blutabgang. Am 23. XII. abends 38,4. — Täglich Sublimatspülungen. Pat. erholt sich gut. Verlauf nun vollkommen normal.	Nirgends ein Exsudat.	3. II. 04
26. XII. 03. Vaginale Totalexstirpation mit Entfernung d. Adnexe. Spaltung des Uterus. Beim Herunterziehen der rechten Ut.-Hälfte fliesst etwas klare, mit Blut gemischte Flüssigkeit ab. Herausholen der Adnexe sehr schwierig wegen d. vielen Verwachsungen. Links wird dabei ein tuboovar. Abscess eröffnet. Spülung der Perit.-Höhle. — Rechts wird ebenfalls ein Abscess eröffnet. Abtragen beider Uterus-Hälften mit den Adnexen. Austamponieren der Wundhöhle.	Einmal 39,2. Bei Vaginal-Spülungen gehen schleimige, übelriechende Fetzen ab; darauf nie mehr Temp.-Steigerung.	Noch geringer Ausfluss. Keine Schmerzen mehr.	20. I. 04
12. I. 04. Vaginale Totalexstirpation mit Entfernung d. Adnexe. Spaltung des Uterus in zwei Hälften. Lospracp. der einzelnen Ut.-Hälften mit den stark mit der Umgebung verwachsenen Adnexen. Die r. Tube ist gut fingerdick, die linke 2fg.-dick. Beide eiterhaltig. Tamp. d. B. H.	Vollkommen glatter Verlauf. Nie Fieber.	Nirgends ein Exsudat.	10. II. 04

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
39	G.-B. 51 Jahr Partikularin Basel Basel	1904 113	o	War früher schon Unterleibsleidend. Seith. immer Schmerzen rechts im Unterleib u. im Kreuz. Vor 4 Tagen plötzlich starker eitriger Ausfluss und verm. Schmerzen.	Uterus retrovertiert. R. ein grosser rundlicher Tumor, der den Beckeneingang mehrere Finger überragt, frei beweglich. Im Douglas Reste eines Exsudates. L. ein Wallnus grosser Tumor. Diagnose: Tumor tuboovar. duplex.
40	U.-St. 27 Jahr Hausfrau Basel Basel	1904 118	3	Vor 5 Wochen plötzl. Erkrankung mit Schmerzen im Unterleib, zuerst rechts, dann im ganzen Leib. Brechreiz und Fieber. Auf Bettruhe Besserung. Ziemlich starker Fluor.	Uterus sin.-anteflect., und verdickt. Auf der link. Seite ein hühnereigrosser, freibeweglicher Tumor tuboovar. Rechts ein kleinerer, etwa wallnussgrosser Tumor tuboovarialis. Diagnose: Tumor tuboovar. duplex.
41	J.-B. 42 Jahr Fabrikarbeit. Basel Italien	1904 304	2 P	Seit 2 Monaten Periode alle 14 Tage mit sehr starken Beschwerd. Zwischen hinein kein Fluor.	Uterus anteflectiert. L. davon nahe der Kante ein kleinkindskopfgross. Tumor, über d. Beckeneingang ragend, bewegl. fluctuierend.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
18. II. 04. Vaginale Totalexstirpation mit Entfernung d. Adnexe. Spaltung des Uterus. Loslösen des Tumors r. aus seinen Adhaesionen, wobei derselbe platzt u. stinkenden, eitrigen Inhalt entleert. Abtragen des ganzen Uterus mit dem Tumor u. den ebenfalls kranken l. Adnexen. Spülung der B. H. mit H^2 O^2. — Tampon. d. B. H.	Puls stets sehr klein, an der Radialis kaum fühlbar. Viel Aufstossen. Abdomen schmerzhaft. Tags darauf Puls unfühlbar. Exitus.	Sektion verweigert.	19. II. 04
22. II. 04. Vaginale Totalexstirpation mit Entfernung d. Adnexe. Spaltung des Uterus. Beim Hervorziehen des linksseit. Tumors platzt derselbe und entleert dicken, gelbgrünen Eiter. Spülung der Bauchhöhle mit Borwasser. Abtrag. d. Ut. u. d. rechtsseit. Tumors. Tamp. d. B.-H.	Vollkommen glatter Verlauf. Nie Fieber.	Wunde granul. schön. Keine Beschwerden.	20. III. 04
16. VI. 04. Salpingooophorectomia duplex per laparot. Die Tumoren sind durch periton. Adhaesionen mit der Umgebung vielfach verlötet. Die Lösung gelingt leicht. Bei der Abtragung platzt d. linke Tumor u. entleert eitrigen Inhalt in's kleine Becken. Auch rechterseits platzt die brüchige Wand des Tumors. Abtragen d. Adnexe bds. Toilette der Bauchhöhle. Tamponade nach Mikulicz. Schluss der Wunde bis zum untern Winkel.	Kein Brechen. 22. VI. Entfernung des Mikúlicz. Kein Fieber. Wundtrichter wird allmälig kleiner. Sekretion gering. Wohlbefinden.	Laparotomiewunde geheilt. Wundtrichter noch Bleistiftdicke weit. Nirgends ein Exsudat. Douglas vollständig frei.	28. VII. 04

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
42	B.-L. 42 Jahr Fabrikarbeit. Basel Zürich	1904 386	4	Seit ca. 8 Wochen fast jed. Abend heft. Kreuzschmerzen. Hie und da auch Schmerzen im Unterleib. Kein Fluor. Periode O. B. Nie Fieber.	Uterus recliniert. L. vom Uterus fühlt man einen gänseeigrossen, mit dem Uterus durch einen Stiel verbundenen, frei beweglichen, mässig derben Tumor. R. vom Ut., an dessen Seitenkante anschliessend ein etwas grösserer Tumor mit geringer Verschieblichkeit. Resistenz wie beim Tumor der l. Seite. Beide Tumoren sind gut circumscript. Diagnose: Tumor tuboov. duplex.
43	D.-Z. 39 Jahr Hausfrau Basel Elsass	1904 390	3	Vor 3 Monaten plötzl. heft. Schmerzen im Unterleib links, die nach 3 Tagen verschwanden, bald aber wieder auftraten und zur Zeit der Menses sich stark steigerten. Grüngelb. Fluor. Wasserbrennen.	Uterus anteflectiert. L. davon ein hühnereigr. gut circumscripter Tumor von unregelmässiger Oberfläche. Darüber hinweg läuft ein bleistiftdicker Strang. Gonococcenbefund positiv. — R. Tube etwas verdickt, ebenso r. Ovarium. Diagnose: Tumor tuboov. duplex.
44	G.-G. 42 Jahr Hausfrau Basel Basel	1904 433	6	Seit 12 Jahren infolge einer nach Geburt aufgetretener Oophoritis gonorrh. hie und da Unterleibs-Schmerzen, die auf Bettruhe stets verschwanden. Seit 5 Wochen heftigere Schmerzen im Unterleib, verbunden mit Blutabgängen. Temperatur zwischen 38,0 und 40°. Seit 8 Tagen kein Blutverlust mehr.	Uterus sinistro- retroflectiert. Auf der rechten Seite ein gänseeigrosser Tumor, der fluctuiert. Linke Adnexe druckempfindl., aber anscheinend nicht wesentlich verändert. Diagn.: Pyosalpinx?

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
10. VIII. 04. Salpingooophorectomia dupl. per laparot. Alle Organe des kleinen Beckens sind fest miteinander verwachsen. Die Auslösung der Tumoren, Pyovarium und Pyosalpinx gelingt nicht, ohne Einreissen d. Wandung und aus beiden Tumoren entleert sich dicker, übelriechender Eiter. Die Wandungen der Tumoren werden entfernt. Toilette d. Bauchhöhle. Tamponade nach Mikulicz. — Naht bis z. untern Wundwinkel. —	15. VIII. Entfernung d. Tampons, 17. VIII. des Beutels. Am Abend 38,^{0} — Wunde p. p. Am 22. VIII. zieml. starke Sekretion aus dem Wundtrichter. Temperat. 38,5. — Links i. d. Bauchwand ein kleiner Abscess, der eröffnet wird. Von da ab Verlauf glatt.	Wunde lineär geheilt. Am untern Winkel noch 20 Cts.stück grosse granulierende Stelle. Kein Stumpfexsudat. Vollst. Wohlbefinden.	22, IX. 04.
19. VIII. 04. Salpingooophorectomia dpl. per laparot. Beckenorg. zeigen diffuse Verwachsungen. B. Freilegen der Adnexe rechterseits platzt beim Lösen der Adhaerenzen an der Hinterseite des Lig. latum eine kleine Abscenhöhle und entleert Eiter. Abtragung der Adnexe beids. — Tamponade der Bauchhöhle. — Naht.	Kein Fieber. — Am 26. VIII. Entfernung der Mèchen. Dahinter starke Sekretretention, die sich nach Aussen entl. Täglich Mèchenwechsel. Reichlich Sekr. Lungenembolie 2 W. p. op.	Laparotomiewunde lineär geh. Kein Stumpfexsudat. Patient völlig beschwerdefrei.	30. IX. 04
12. IX. 04. Salpingooophorectomia duplex per laparot. Die r. Adnexe bilden einen gänseeigrossen, retortenförm. Tumor, der durch Adhaesionen allseitig etwas verklebt ist. Die Adhaesionen werden gelöst, der Tumor vorgewälzt, wobei er platzt und Eiter in die Beckenhöhle ergiesst. — Abtragung des Tumors, sowie der endzündlich veränderten linksseitig. Adnexe. Toilette der Bauchhöhle. Schluss der Bauchhöhle. — Verband.	Die drei ersten Tage n. d. Operation abends 38,2, sonst nie Fieber. Verlauf vollkomm. glatt.	Laparotomiewunde p. p. — geheilt. Uterus retroflectiert, nirgends Exsudat. Wohlbefinden.	22. X, 04

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
45	K.-M. 22 Jahr Cigarrenarb. Basel Deutschland	1904 530	1	Vor 4 Woch. Schmerzen im Unterleib rechts. In den letzten 14 Tagen Zunahme derselben, sodass Pat. nicht mehr sitzen kann. Seit 2 Tagen eitriger Ausfluss.	Uterus anteflect., nach links verdrängt durch einen ihm anliegenden orangegrossen Tumor. R. Tube scheint in den Tumor überzugehen. Diagnose: Pyovarium dextr.
46	Th. F. 25 Jahr Cigarrenarb. Elsass Elsass	1905 59	o	Seit 14 Tagen Schmerzen im Unterleib, bes. links. Oft verbreiten sich die Schmerzen im ganzen Unterleib. Seit 2 Tagen bricht Pat. alles, was sie zu sich nimmt. Uriniesen schmerzhaft.	Dämpfung in den abhängigen Partien d. Leibes. Uterus stark anteflectiert, dextroponiert. Auf der l. Seite fühlt man die Tube als wurstförmigen Strang. Gegen das abdominale Ende zu stark sackförmig erweitert. Daneben das leicht verdickte, unbewegliche Ovarium. R. Tube leicht verdickt, ebenso das adhaerente r. Ovarium. Diagnose: Salpingo-oophoritis d. Sactosalpinx sin.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation.	Entlassungsstatus	Austritt
11. XI. 04. Salpingooophorectomia dupl. Supravaginale Amputation. Rechts vom Uterus das zu Orangegr. gewachs. cystisch erweiterte Ovarium. Beim Versuch, den dünnwandig. Tumor aus sein. Adhaesionen zu lösen, reisst er ein und es ergiesst sich ziemlich viel Eiter ins kl. Beck. Abtragung der Adnexe bds., da auch die linken krankhaft veränd. sind. Am Uterus zeigen sich verschiedene kleine Abscesse, weshalb die supravaginale Amputation vorgenommen wird. Toilette der Bauchhöhle. Tampon. nach Mikulicz.	Post. op. Collaps. — Jn den ersten Tagen ab. bis 38,4. Gazetamp. immer blutig serös durchtränkt. Gelatine. 17. XI. Entfernung des Beutels. Stets starke Schmerzen im Unterleib. Der Wundtrichter schliesst sich n. langsam.	Um den Stumpf herum fühlt man die verwachsen. Darmschling. Wohlbefinden.	23. XII. 04
26. I. 05. Laparotomie. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle fliesst ziemlich viel klare, gelbliche Flüssigkeit ab. Das Peritoneum ist in seiner ganzen Ausdehnung von einer Unmenge miliarer Knötchen bedeckt. Die Organe im kleinen Becken sind mit den Därmen u. diese unter sich fest verwachsen, so dass von einer Entfernung der erkrankten Teile abgeseh. werden muss. — Schluss der Bauchhöhle.	Pat. hat in den ersten Tagen starke Schmerzen, die aber allmälig nachlassen. Am Tag nach d. Op. und nachher noch einmal 38,5.	Laparotomiewunde p. p. — geheilt. Pat. hat keine Schmerzen, nur n. leichtes Unbehagen. Nirgends Druckempfindlichkeit. Kein Ascites mehr.	11 III. 05

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	**Anamnese**	**Aufnahmestatus** Diagnose
47	Z.-K. 37 Jahr Fabrikarbeit. Basel Solothurn	1905 137	4	Letzte Periode sehr stark und schmerzhaft. Pat. leidet seit 7 Jahren an Fluor. Seit 3 Monaten viel Schmerzen auf der linken Seite. Stuhlgang in den letzten Tagen stets schmerzhaft.	Uterus dextroponiert, -flectiert, gross. Auf der l. Seite ein wallnussgr. druckempfindlicher Tumor. Im hintern Scheidengewölbe links ein Exsudat fühlbar. R. Adnexe etwas vergrössert und verdickt. Diagnose: Pyovar. sinist. Tumor tuboovarialis dextr. Pelveoperitonitis chron.
48	Sch.-U. 45 J. Hausfrau Basel Basel	1905 216	6	Seit einigen Monaten Schmerzen beim Urinieren. Seit einem Jahr Perioden unregelmässig, zu früh eintretend, 3—4 Tage dauernd, mit Kreuzschmerzen verbunden stärker als früher.	Portio dicht hinter der Symphyse; hinter derselben die Kuppe eines prallelast. Tumors fühlbar, dessen ob. Kuppe von aussen handbr. über der Symphyse fühlbar ist. Adnexe nicht abtastbar. Diagnose: Pyosalpinx duplex.
49	K.-D. 24 Jahr Kellnerin Basel Baselland	1905 294	2	Vor 6 Woch. Schmerzen im Kreuz und Unterleib rechts. Kein Ausfluss. — Brennen beim Wasserlösen.	Uterus anteflectiert, sinistroponiert. — Linke Adnexe dicht neben dem Uterus, wahrscheinl. fixiert. R. ein gut orangegrosser Tumor, ziemlich glatt, frei beweglich. Die Tube schlägt sich auf diesen Tumor über. Diagnose: Pyovarium dextrum.

Operation Datum	**Verlauf nach der Operation**	**Entlassungsstatus**	**Austritt**
28. II. 05. Salpingooophorectomia sin. — Salpingectomia dextra. Links in dicke Schwarten eingebettet, das gänseeigrosse Ovarium. Die Auslösung bereitet grosse Schwierigkeiten. Die Tube reisst durch und entl. Eiter. Abtragung d. Adnexe links. Die ebenfalls verdickte rechte Tube wird entfernt, das Ovarium belassen. Toilette d. Bauchhöhle. Einlegung einer kl. Mèche. Schluss der Bauchhöhle. Das linke Ovarium enthält dünnflüss. an Staphylococcen reichen Eiter.	Morgens 38,0. 4. III. Entfernung der Mèche. 10. III. Entfernung der Nähte. Wunde klafft n. ein wenig. — Weiterer Verlauf normal.	Ut. anteflectiert, normal gross, nicht empfindlich. Nirgends ein Exsudat, oder besondere Empfindlichkeit nachzuweisen.	27. III. 05
29. IV. 05. Amputatio uteri supra vaginalis. Salpingooophorectomia duplex. Beide Tuben sind in armdicke Eitersäcke umgewandelt. Der linksseit. Tumor ist vollständig frei, nirgds. verwachsen; der rechte durch eine breite Adhaesion im Douglas verwachsen. Abtragen des Uterus am Cervix mit den Adnexen. Toilette der Bauchhöhle. Schluss der Bauchwunde.	Einmal Brechen. Am 9. V. Wunde p. p. geheilt. Verlauf glatt.	Uterusstumpf anteflectiert; frei beweglich; nirgends ein Exsudat. Nirgends druckempfindlich.	3. VI. 05
29. VI. 05. Salpingooophorectomia dextra. R. Ovarium in gänseeigrossen fluctuierenden Tumor verwandelt, welcher samt d. Tube entfernt wird. Schluss der Bauchhöhle.	Am Abend u. am folgenden Tag 38°. 3mal Brechen. Weiterer Verlauf glatt.	Wunde p. p. geheilt. Uterus recliniert., anteflectiert, klein, beweglich. L. Tube und Ovar. O. B. Spärlicher Ausfluss.	5. VIII. 05

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	**Anamnese**	**Aufnahmestatus** Diagnose
50	S.-Z. 32 Jahr Hausfrau Basel Elsass	1905 404	o seit 7 Jahren steril verheir.	Vor 11 Woch. Schmerzen zu beiden Seiten im Abdomen, links mehr wie rechts. Wurde längere Zeit hindurch mit Ichthyoltampons behandelt. Periode schmerzhaft.	Uterus klein, nach r. verdrängt, ziemlich frei beweglich. Tuben bds. verdickt; links ein orangegrosser fluctuierender Tumor. Diagnose: Pyosalpinx duplex. Pyovarium sin.
51	J.-Th. 30 Jahr Hausfrau Basel Basel	1905 355	I	Im Anschluss an das Wochenbett traten ab u. zu Krämpfe im Abdomen auf, die nach 2—3tägiger Dauer jeweilen nachliessen. Vor 3 Monaten wurden diese Krämpfe stärker und anhaltender. Daneben Auftreten von Fluor. Menses wurden unregelm. und schmerzhaft. Jezt anhaltende Schmerzen bds. im Unterleib.	Uterus gross, weich u. stark anteflectiert. In d. Nähe des Fundus ein etwa nussgrosser Tumor. Links vom Uterus ein klein-apfelgrosser, dicht an der Kante liegender runder, glatter, empfindlicher Tumor. Diagnose: Tumor tuboov. duplex.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
9. IX. 05. Salpingooophorectomia sinist. — Salpingectomia dextra p. laparotomiam. Auf der linken Seite sind Ovarium und Tube in grosse Eitersäcke verwandelt, welche durch feste Adhaerenzen mit d. Umgebung, (namentlich Netz), verwachsen sind. Bei der Lösung der Adhaerenzen reisst die dünne Wand des Tumors ein und es ergiesst sich dünnflüssiger, übelriechender Eiter in Masse in's kleine Becken. Abtragung der Adnexe l. Rechts ist die Tube ebenfalls in einen Eitersack umgewandelt. Das Ov. ist ges. Abtrag. d. Sactosalpinx, Toil. d. Bauchh. Tamponade nach Mikulicz.	Am 2. Tag abends, 38,1°; sonst nie Fieber. 12. IX. Entfernung der Tampons. Wenig Sekret. 14. IX. Entfernung des Beutels. Wundtrich. sieht gut aus und verkleinert sich zusehends. Wohlbefinden.	Uterus anteflect., frei beweglich. Nirgends ein Exsudat fühlb. An Stelle des Wundtricht. kleine granulierende Fläche.	9. X. 05
14. VIII. 05. Salpingooophorectomia dupl. per laparot. Man fühlt den vergrösserten Uterus; links davon einen stark hühnereigrossen, verwachsenen Tumor. Ein zweiter Tumor findet sich rechts vorn am Fundus uteri. Omentum majus mit d. Fundus uteri und dem zweiten Tumor verwachsen. Beim stumpfen Lösen der Adhaerenzen platzt eine an der Hinterfläche des Tumors gelegene Abscesshöhle. Es ergiesst sich grünlicher, fäkulent riechender Eiter in die Bauchhöhle. Entfernung des linksseit. Tumors. Beim Lösen des rechtsseit. Tumors platzt ein auf dessen Vorderseite gelegener Abscess und ergiesst seinen Inhalt gegen das kleine Becken. Abtragen des Tumors. — Tamponade n. Mikulicz.	Viel Kopfschmerzen u. Abendtemperaturen bis 38,4°. 18. VIII. Entf. d. Tampons. 19. VIII, 39,2. 21. VIII. Entf. des Beutels. Pyocyaneus. Am 2. IX. kein Fieber mehr. Stete Besserung.	Portio liegt nach hinten. Uterus recliniert in Anteflexion. Nirgds. ein Exsudat.	23. IX. 05

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
52	Z.-K. 32 Jahr Hausfrau Baden Baden	1905 445	I	Vor 9 Tagen traten plötzl. Krämpfe im Unterleib bes. auf der linken Seite auf. Zugleich verlor Pat. Blut. — Die Schmerzen dauern bis heute an, die Blutung hörte nach Darreichung von Ergotin auf.	Portio weit nach rechts bis an die Beckenwand verschoben durch einen Tumor von prallelast. Konsistenz, der durch eine kleine Furche vom Uterus abzutrennen ist. Diagn.: Tumor ovar.
53	D.-S. 52 J. Modistin Basel Basel	1905 452	o	Anfangs d. Jahres Typhus mit sehr langer Rekonvalescenz. Klagte immer über einen gespannten Leib. Bekam auch wieder einmal Fieber und der Arzt konstatierte einen Tumor in abdomine. Patientin blieb dann bis heute 4. X. ohne ärztl. Behandlung. Da die Spannung im Leib und die Schmerzen zunahmen, liess Pat. den Arzt kommen, der den sofortig. Spitaltransport anordnete.	Aeuss. ein Tumor zu palpieren, der einem im 5. Monat grav. Uterus entspricht. Deutl. fluct., glatte Oberfläche, Unbeweglichkeit. — Virgo intacta. Uterus klein retrovertiert. Der Tumor reicht tief in's Becken hinab und zeigt überall deutl. Fluctuation. Diagn.: Kystoma ovar.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
2. X. 05. Salpingooophorectomia sinistra. Auf der linken Seite ein kindskopfgr. Pyovarium und eine Pyosalpinx. Das abdominale Ende der Pyosalpinx ist mit d. Pyovarium leicht verklebt und löst sich bei den Manipulationen. Dabei ergiesst sich nach Coli riechender Eiter in die Bauchhöhle. Abtragung d. Tumoren. Tamponade nach Mikulicz.	Abends 38,1°, sonst nie Fieber. 4. X. Entfernung der Tamp. 7. X. Entf. des Beutels. Granulationstricht. schliesst sich gut. Wohlbefinden.	Narbe lineär geheilt; nur noch kleine granulierende Stelle. Portio hochstehend. Nirgds. ein Exsudat.	17. XI. 05
7. X. 05. Ovariotomia sin. Resection der l. Tube. Man kommt unmittelbar auf den gespannten Tumor. Derselbe ist an vielen Stellen mit der vordern Bauchwand verwachsen. Der Tumor wird punktiert und es entleert sich massenhaft nach Coli riechender, mit Gewebefetzen und Haaren durchsetzter Eiter. Bei Druck auf die Geschwulst reisst die dünne morsche Wand ein und viel Eiter ergiesst sich in die Bauchhöhle. An 3 Stellen finden sich durch Adhaerenzen hindurch freie Communicationen mit dem Colon, welche vernäht werden. Ablösung der Tumorwand und Bildung eines Stieles, in dem sich auch die Tube befindet. Toilette d. Bauchhöhle. Eingiessen von 5% Collargollösg. Tamponade nach Mikulicz.	Abends 38,6°. Puls 160 und mehr. Antistreptococcenserum mehrmals. 8. X. Atmung dyspnoisch. Leib gespannt. Physostigmin.; Winde. 10. X. Rel. Wohlbefinden. Temperatur 37°. 11. X. Tampons entfernt, riecht nach Coli. 13. X. Beutelentfernung. Von da an Verlauf normal. Krankenlager verlängert durch Thromb. d. l. Femoralis.	Portio sehr hoch. Kein Exsudat fühlbar. Im untern Winkel noch einfrankenstückgrosse granulierende Stelle.	17. XI. 05

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
54	W.-G. 34 Jahr Hausfrau Basel Baselland	1905 456	○	Vor 3 Mon. krampfartige Schmerzen im Leib u. Kreuzschmerzen. Die letzten 3 Perioden waren sehr schmerzhaft, die letzte nur 3 Tage dauernd. Seit einigen Wochen mässigstark. Fluor. Hie und da Erbrechen.	Uterus in Mittelstellung dextropon., durch einen links gelegenen Tumor. Der Tumor geht anscheinend vom linken Ovarium aus, ist beweglich, höckerig, fluctuiert teilweise u. ist ca. orangegross. Adnexe r. nicht fühlbar. Diagnose: Tumor tuboovar. sin.
55	Sch.-T, 33 J. Hausfrau Aargau, Aargau	1905 546	○	Seit 2 Jahren immer starke Schmerzen während und bis 5 Tage nach den Menses, die stets zunahmen. Seit der gleichen Zeit an Stärke zunehmender Fluor und Druckempfindlichkeit r. im Abdomen.	Uterus klein, anteflectiert. Rechts davon ein kindskopfgrosser, flachhöcker., links ein faustgrosser Tumor. Dieselben sind prallelastisch, berühren sich im Douglas und sind durch eine fühlbare Rinne dort von einander getrennt. Diagnose: Pyosalpinx duplex.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
13. X. 05. Salpingooophorectomia dupl. per laparot. Netz mit dem Periton. der vordern Bauchwand verwachsen. Links unten ein faustgrosser, neben dem Uterus liegender Adnextumor, der mit der Umgebung vollständig verwachsen ist. Bei der Lösung werden einige, zwischen schwartigem Gewebe liegende Abscesse eröffnet. Sie enthalten käsigen, eingedickten Eiter. — Abtragung des Tumors. R. zeigt sich das Ovarium in einen hühnereigross. Tumor umgewandelt. Bei Versuch, das Ovarium zu resecieren, zeigt es sich von zahlreichen kleinen Abscessen durchsetzt, weshalb es ganz entfernt wird. Tampon. nach Mikulicz.	Abends 38,0, Puls 108 leicht unterdrückb. Pat. sehr aufgeregt, klagt üb. starke Schmerzen i. Leib. Stuhl und Winde auf Mikroclysmen. 16. X. Leib gespannt. Leberdpfg. n. oben verschoben. Kein Fieber. Puls 128. 17. X. Puls kaum fühlbar. Campher, Coffeïn. Brechen. Atmung costal. Extremitäten kühl. Entfernung des Tampons; derselbe ist stark durchfeuchtet, riecht nach Coli. — Collargol, Antistreptococcenserum. — Exitus.	Sektion verweig. Path. anat. Diagn. des Tum.: Tuberkulose des Ovar.	17. X. 05
19. XII. 05. Salpingooophorectomia dupl. per laparot. In den Tiefen, namentlich im Douglas, sind beide Tumoren etwas adhaerent. Beim stumpfen Lösen dieser Adhaerenzen platzt der r. Tumor plötzlich und ergiesst viel nach Coli riechenden Eiter in die Bauchhöhle. Abtragung des rechtsseit. Tumors. Der linksseitige Tumor kann leicht aus den Adhaerenzen gelöst und in toto abgetragen werden. Tamp. nach Mikulicz.	Kein Fieber. 23. XII. Entfernung des Tampons samt Beutel. Verl. vollkommen glatt.	Portio hoch oben. Nirgends ein Exsudat. L. im Douglas noch leichte Resistenz fühlbar. Kein fluor.	20. I. 06

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
56	St.-J. 23 Jahr Hausfrau Basel Basel	1905 552	o	Vor 4 Monaten Menses plötzlich 14 Tage zu früh eingetreten. Pat. blutet 5 Woch .lang continuierlich, hat seither Fluor, der anfangs sehr stark war, jetzt nur noch spärlich ist. Seither auch Kreuzschmerzen bei jeder Periode.	Uterus klein, anteflectiert. L. Ovarium wallnussgross, ziemlich hart, beweglich. R. dicht neben der Uteruskante ein apfelgrosser, fluctuierender Tumor tuboovarialis, der das Vaginalgewölbe herabdrängt. L. Tube verdickt, hauptsächlich am uterinen Ende. Im Urethralsekret keine Gonococcen. Diagnose: Salpingo-oophoritis sin. Tumor tuboov. dext. (Pyovar.)
57	L.-F. 47 Jahr Hausfrau Basel Solothurn	1906 46	o	Vor 14 Tagen Schmerzen u. Gefühl von Spannung im Leib. Fieber. Pat. fühlt, dass sie eine Geschwulst im Leibe habe.	Von aussen fühlt man einen harten Tumor, der in der Grösse einem im 6. Monat graviden Uterus entspricht. Auf dem grossen Tumor ist ein kleiner Vorsprung fühlbar. Per vaginam: Douglas durch einen Exsudattumor angefüllt, der zungenförmig nach abwärts reicht. Der Tumor ist druckempfindl. Adnexe nicht durchtastbar. Diagnose: Myoma uteri et Pyosalpinx?

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
18. XII. 05. Punktion und Drainage. Dicht rechts neben der Portio wird der fluctuierende Tumor mit dem Fränkel'schen Dilatationstrokart punktiert, und d. Punktionsöffnung erweitert. Es wird reichlich gelbgrün. Eiter, der nach Coli riecht, abgelassen und sodann die Eiterhöhle mit Xerof.-Gaze anstamponiert.	Vollkomm. glatt. Verlauf.	R. vom Uterus fühlt man noch einen ca. taubeneigross. Rest des Tumors. Die Sonde dringt in der Incisionsöffnung noch ca. 1 cm weit vor.	4. I. 06
12. I. 05. Hysterectomia et salpingectomia dpl. p. lap. Uterus myomatosus. R. eine hühnereigrosse Pyosalpinx, die in starke Verwachsungen eingep. ist. Beim Lösen derselben reisst der Tumor ein und es ergiesst sich foetid. Eiter in die Bauchhöhle. — Auch rechts ist die Tube in einen hühnereigr. fluctuierend. Tumor verwandelt, der in toto entfernt wird. Es wird die Entfernung der linksseitigen Adnexe und daran anschliessend die Hysterectomia vorgenommen. Schluss der Bauchhöhle.	Glatter Verlauf.	Kein Stumpfexsud. Noch geringer fluor. Wohlbefinden.	17. II. 06

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
58	M. J. 29 Jahr Tochter Solothurn Solothurn	1906 63	o	Vor 8 Tagen krampfartige Schmerzen im Unterleib auf der l. Seite. Zugleich Auftreten von Fluor und Kreuzschmerzen. Miction schmerzhaft.	Uterus klein, dextroponiert, bewegl. Links vom Uterus, die ganze linke Seite ausfüllend ein orangegr., posthornförmiger, weicher, etwas beweglicher Tumor. R. Ovarium normal gross, hart. Diagnose: Sactosalpinx purulenta sin.
59	B.-K. 47 Jahr Hausfrau Baden Baden	1906 96	2	Seit 14 Tagen heftige Schmerzen im Kreuz u. im Unterleib links. Seit 8 Tagen zieml. starke Blutung. Vor derselben Fluor.	Corpus uteri vergrössert, zu einem glatten, derben Tumor, der ungefähr einem Uterus der 16. Schwangerschaftswoche entspricht und die ganze linke Beckenhälfte ausfüllt. Vorne rechts zeigt der Tumor eine Vorwölbg. Adnexe nicht abzutasten. Diagnose: Myoma ut.

Operation Datum	**Verlauf nach der Operation**	**Entlassungsstatus**	**Austritt**
26. I. 06. Salpingooophorectomia duplex. Peritoneum mit dem Netz verwachs. Beckenorgane durch zahlreiche Adhaesionen untereinander verwachsen. Links u. rechts vom Uterus zeigen sich tumores tuboovar., die ohne sie zu verletzen, aus ihren zahlreichen Adhaesionen gelöst und abgetragen werden können. Schluss der Bauchhöhle. Die beiden Tumoren enthalten käsigen Eiter. Path. anat. Diagnose : Salpingitis tuberculosa.	Abendtemperatur 38,0. Puls 120. In den folgenden 2 Tagen Puls dauernd frequent u. schlecht. Zunehmend. Spannung d. Leibes ohne Schmerzen. 4. Tag post op. Exit.	Path. anat. Diagnose: Peritonitis univ. acuta.	30. I. 06
10. II. 06. Amputatio uteri supravaginalis mit Entfernung der Adnexe. Rechts vom myomatösen uterus ein kleinäpfelgrosser, dicht an d. Uteruskante liegender, überall adhaerent., fluctuierender Adnextumor, der in toto stumpf aussein. Verwachsungen gelöst u. abgetragen wird. (Der Tumor zeigt sich auf dem Querschnitt als mehr kammerige Abscesshöhle, die grünlich homogenen Eiter entl.) Darauf Amputat. supravag. mit Entfernung der Adnexen.	In den ersten Tagen Fieber bis 40. Viel Husten, Auswurf. Leib immer weich. Später stets afebr. Verlauf normal.	Nirgends ein Exsud., Wohlbefinden.	10. III. 06

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
60	B.-G. 38 Jahr Hausfrau Basel Württemberg	1906 118	9	Seit 1 Jahr starken Fluor und Schmerzen im Leib, namentlich rechts, sowie Stechen bei der Miction. Die letzte Periode ging in einen 4-wöchentlich., continuierlichen Blutabgang über. — Oft Brechreiz.	Uterus wenig beweglich, etwas vergrössert, anteflect. Rechts dicht neben dem Uterus ein höckeriger, derber, beweglicher Tumor; links ein kleiner, wurstförmiger, an der Beckenwand adhaerenter Tumor von weicherer Consistenz. Diagnose: Tumor tuboovar. dupl.
61	O.-W. 36 Jahr Hausfrau Basel Frankreich	1906 246	o	Seit 4 Monat. an Stärke zunehmende Schmerz. im Abdomen rechts. — Seit 10 Tagen Bettruhe. Schmerzen treten bei jed. Bewegung auf. Menses seither verstärkt und schmerzhaft. Nie Ausfluss.	Uterus klein, sinistro anteponiert. Auf der r. Seite des Uterus ein orangegr. Tumor, ziemlich glatt, fluctuierend. Hinter dem Uterus links ein kleinerer fester Tumor. Vom Rektum aus zahlreiche harte Knötchen fühlbar. Diagnose: Salpingo-oophoritis dupl. (tuberculosa ?)
62	C. H. 30 Jahr Haushälterin Bern Baden	1906 278	o	Seit dem 13. Jahr Schmerzen im Unterleib. Pat. ist nie ganz frei von Schmerzen, die zuweilen ziemlich stark werden. Seit 4 Monaten sind die Schmerzen stärker. Seit Beginn des Leidens stark. gelb. Fluor.	Das ganze Becken von einem Tumor eingenommen, der sich hauptsächlich nach rechts u. nach hinten ausbreitet. Er ist prallelastisch u. hat einige Kuppen, reicht bis handbreit über die Symphyse u. zeigt Fluctuation. Diagnose: Salpingo-oophoritis dupl. (tuberculosa ?) chronica.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
20. II. 06. Salpingooophorectomia sin. — Resektio ovarii sin. Salpingooophorectomia dextra. Auf der linken Seite findet sich eine Sactosalpinx, die entfernt wird. Rechterseits, in starke Adhaesionen eingebettet, ebenfalls eine Sactosalpinx, bei deren Loslös. kleine Abscesshöhlen, aus denen Eiter fliesst, eröffnet werden. Nach vorne rechts befindet sich ein weiterer Abscess im Parametrium. Entfernung der rechten Adnexe. Tampon auf die Wundfläche.	In den ersten Tagen p. op. leicht febrile Abend-Temp. Klagt beständig über Leibschmerzen. 26. II. abends 39,2° wegen Sekretret. Nachher stets afebril u. Verlauf normal.	Leib noch leicht aufgetrieben. Nirgends ein Exsudat. Gelbl. Fluor. Keine Beschwerden.	30. III. 06
8. V. 06. Salpingooophorectomia dextra. Salpingectomia sin. Peritoneum und Darm mit Knötchen besetzt. Sämtl. Organe sind untereinander verklebt. R. befindet sich ein Tumor tuboovarialis, der beim Loslösen von der Umgebung platzt und Eiter entleert. Die krankhaft veränderten Adnexe werden entfernt.	In den ersten 4 Tagen abends etwas Fieber. Keine Schmerzen. Verlauf glatt.	Bauchwunde p. p. geheilt. R. hinten fühlt man noch ein Exsudat, zum Teil deutliche Knötchen. (Sitzbäder.)	21. V. 06
1. VI. 06. Salpingooophorectomia duplex. Bei der Eröffnung der Peritoneum wölbt sich die stark aufgetriebene rechte Tube vor, die an einzelnen Stellen adhaerent ist. Bei der Lösung der Adhaesionen reisst der Tumor ein; es entleeren sich grosse Mengen grünbraunen Eiters. Abtragung der Adnexe, da das Ovar. käsig degeneriert ist. Auch links ist die Tube in eine Pyosalpinx verwandelt, welche samt dem cystisch degen. Ovar. entfernt wird.	Am Abend der Oper. 38,1°; am folg. Morgen 38,9°; sonst nie Fieber. Keine Schmerzen. Pat. bringt täglich ein paar Stunden im Schwitzkasten zu wegen eines Exsubates im Douglas. Wohlbefinden.	Uterus anteflect., -vertiert, mit der vordern Bauchwand offenbar verwachsen. Uebrige Umgebung frei. Rechts hinten Resistenz als Reste des Exsudates.	16. VIII. 06

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
63	R. H. 25 Jahr Fabrikarb, Basel Basel	1906 339	I	Vor ca. 8 Monaten starke Schmerzen besonders im Abdomen und starker Fluor von kurzer Dauer. Vor 4 Woch. traten d. näml. Schmerzen wieder auf mit starkem gelbl. Ausfluss. Miction O. B.	Uterus retrovertiert, wenig fixiert. Links ein ziemlich glatter, wenig beweglicher Tumor, der durch einen Stil mit dem Uterus in Verbindung steht. Rechts ein etwas grösserer, prallelastisch., glatter, wenig verschieblicher Tumor. Diagnose: Tumor tuboovar. duplex.
64	C.-J. 30 Jahr Zettlerin Basel Tessin	1906 338	III	Seit 3 Wochen Anfälle von kolikartigen Schmerzen i. Unterleib m. Temperatursteigerung. Vor 8 Tagen plötzlich eitriger Ausfluss und Temperat.-Abf. Der Ausfluss dauert seither an. Menses in der letzten Zeit unregelmässig, sonst O. B.	Uterus retroflectiert, L. hinten ein verschieblicher, orangegr., fluctuierender Tumor zu fühlen. Diagnose: Pyovarium sinist.
65	R.-Sch. 42 J, Fabrikarbeit. Basel Baselland	1906 351	V	Vor 8 Tagen starke Schmerzen besonders im Unterleib, nachdem die letzten Perioden unregelmässig aufgetreten u. schmerzhaft waren. Fieber. Stark riechender, eitriger Ausfluss.	Uterus vorne, nach l. abgewichen, anteflectiert. Rechts ein orangegrosser, glatter, fluctuierender Tumor. Diagnose: Tumor tuboov. dext.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation.	Entlassungsstatus	Austritt
23. VI. 06. Salpingooophorectomia duplex per laparot. Die beiden Adnextumoren sind zieml. stark mit der Umgebung verwachsen. Der rechte liegt dicht am Uterus, ist ca. gänseeigross, der linke ist kleiner und besonders in der Gegend der Artic. sacroiliaca adhaerent. Der linksseitige Tumor wird gelöst ohne Eröffnung desselben. Die Verwachsg. des rechtsseit. Tumors sind derber und reichlich. Beim Lösen derselben platzt die Geschwulst und es entleert sich nach Coli riechender Eiter in die Bauchhöhle. Abtragung d. Tumors. Gaze-Tamp.	In den ersten Tagen post op. febrile Temp. Auch einige Male Brechen. Nach Entfernung der Tampons werden die Temp. afebril. Wohlbefinden.	Uterus dextro-anteflectiert. Kein Exsudat. Noch immer etwas eitriger Ausfluss.	25. VII. 06
7. VII. 06. Punktion u. Spaltung des Abscesses. Vom linken Scheidengewölbe aus wird der sich leicht vorwölbende Tumor mit d. Fränkel'. Dilatationstrokart angestochen, worauf sich grosse Mengen stink. Eiters entleeren. Drain. m. T-Form. Gummir.	Vollkommen glatter Verl. Sekretion nimmt täglich ab. Afebril.		25. VII. 06
3. VII. 06. Ovariotomia dextra. — Salpingooophorect. sin. Tamponade n. Mikulicz. Uterus im Douglas durch zahlreiche Adhaesionen fixiert. Rechts eine gut apfelgrosse mit dünnflüssigem Inhalt gefüllte Ovarialcyste. Die linksseit. Adnexe sind entzündlich verändert u. überall adhaerent. Bei der Lösung entleert sich aus der stark aufgetriebenen Tube Eiter. Die linksseit. Adnexe werden exstirpiert, ebenso der r. Ovarialtumor in toto entf. Tampon. n. Mikulicz.	Am Tage nach der Op. einmal 38,8°. 9. VII. Entfernung des Mik. Zieml. starke Sekretion. Verlauf glatt. Sekretion nimmt tägl. ab.	Portio an normaler Stelle. Uterus antevert., etwas gross. In der Umgebung der Wunde bis an den Uterus Fundus ein nicht druckempfindliches Infiltrat.	14. VIII. 06

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
66	P.-B. 49 Jahr Fabrikarbeit. Aargau Zürich	1906 355	o Seit 22 J. steril verh.	Vor 4 Woch. Wasserbrennen. HieraufSchmerzen im Unterleib. Kein Ausfluss. Seit 8 Tagen in ärztl. Behandl. Wird behufs Operation dem Spital zugewiesen. Kein Fieber.	Uterus stark, nach l. vorne verdrängt. R. h. im Douglas ein prallelast. Tumor zu fühlen. Diagnose: Kystoma ovarii dextr.
67	Z.-A. 34 Jahr Hausfrau Basel Baden	1906 359	7	Pat. machte vor 4 Monaten einen Abortus m. III. durch. Seither unregelmässige Perioden, alle 2—3 Wochen 8—14 Tage andauernd. Dazwischen gelbl. Ausfluss. Vor 14 Tagen plötzlich krampfartige Schmerzen im Unterleib; seither Blutung, die bis heute andauert. Nie Fieber.	Uterus im Douglas gross, weich. Links ein kleinhöckeriger, mässig harter Tumor, fest im Becken sitzend. R. Ovarium leicht vergrössert, Tube verdickt. Diagnose: Salpingo-oophoritis dupl.
68	Sch.-N. 44 J. Hausfrau Basel Basel	1906 487	1	Letzte Periode vor 10 Tagen beginnend; bis heute andauernd, sehr schmerzhaft. Schmerzen im ganzen Unterleib, in's linke Bein ausstrahlend. Miction mit Schmerzen verbunden.	Uterus an die r. Beckenwand heran gedrängt; Becken ausgefüllt durch einen harten Tumor. Adnexe nicht abtastbar. Diagnose: Myoma intraligament.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
28. VI. 06. Salpingooophorectomia dupl. per laparot. R. neben dem Uterus ein mannsfaustgr., adhaerenter, fluctuierender Tumor. Bei der schwierigen Lösung der Adhaerenzen platzt der Tumor und entleert nach Coli riechenden Eiter. Abtragung des Tumors. Links findet sich ein wallnussgrosser, wenig adhaerenter, fluctuierender Tumor, der leicht gelöst und abgetragen werden kann. Tamponade nach Mikulicz.	Am Abend der Oper. 38,4°; sonst nie Fieber. 2. VII. Entfernung des Mikulicz'schen Beutels. Wunde schliesst sich gut. Geringe Sekretion.	Bauchwunde bis auf eine erbsgrosse, granulierende Stelle p. p. geheilt. Uterus anteflect., beweglich. Kein Exsudat.	10. VIII. 06
3. VII. 09. Salpingooophorectomia sin. — Salpingectomia dext. Der Tumor links ist in zahlreiche Adhaesion. gebettet, bei deren Lösung der Tumor einreisst und Eiter entleert. Abtragung der linksseitig. Adnexe. Aus der rechten vergrösserten Tube entleert sich ebenfalls Eiter. Die Tube wird entfernt, das Ovarium belassen. — Schluss der Bauchhöhle.	In den 2 ersten Tagen bis 38,6°; sonst nie Fieber. Verlauf glatt.	Wunde p. p. geheilt. Nirgends ein Exsudat.	1. VIII. 06
19. IX. 09. Amputatio uteri supravaginalis m. Entfern. der Adnexe. Der Tumor erweist sich als intraligamentär entwickeltes Myom des Uterus. Auf der linken Seite ist die stark verdickte eiterhaltige Tube und Ovarium mit dem Tumor vollständig verwachsen. Die rechte Tube ist zur Hydrosalpinx verändert. Entfernung d. myomatösen Uterus mit den Adnexen in toto. — Naht der Bauchdecken.	Am 9. Tag post op. leichte Lungenembolie, v. der sich Pat. gut erholt. Verlauf sonst gut.	Portio in der Mitte. Kein Exsudat. Narbe lineär.	3. XI. 06

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
69	K.-G. 47 Jahr Fabrikarbeit. Basel Baden	1907 52	o	Vor 9 Wochen stechende Schmerzen im Unterleib. Die bis dahin regelmässige Periode wurde unregelmässig, alle 2 bis 3 Wochen sehr stark. Seit 14 Tagen konstant heftige Schmerzen auf d. rechten Seite im Unterleib.	Portio in der Vulva. Uterus retrovertiert. R. u. l. ein cystischer Tumor tuboov. zu fühlen. Am Uterus sind 2 nussgrosse Myomknot. fühlbar. Diagnose: Tumor tuboov. sin.
70	B.-B. 48 Jahr Hausfrau Basel Elsass	1907 66	5	Seit 1½ Monaten unbestimmte Schmerzen im Unterleib. Angebl. Blutabgang mit dem Stuhlgang.	Uterus anteflect ert. R. ein höckeriger Tumor hart auf der Douglaskante aufruhend, auf d. hintere Wand des Uter. übergreifend, apfelgross, von ziemlich harter Consistenz. Diagnose: Tumor tuboovar. dext.
71	Z.-H. 30 Jahr Hausfrau Baden Baden	1907 156	3	Seit zirka 2 Monaten Schmerzen im Unterleib, verbunden mit Blutungen aus der Scheide. Seit 3 Tagen auch Abgang von Eiter.	Ueber dem Beckeneingang links ein handbreit über das Lig. Pouparti reichender Tumor, der bis an die Mittellinie herangeht und sich in einen zweiten Tumor der rechten Beckenhälfte fortsetzt. Uterus reclin. Diagnose: Tumor tuboovarialis.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
14. I. 07. Hysterectomia totalis vaginalis mit Entfernung der Adnexe. Der Uterus wird in d. Mitte gespalten und zuerst die linke Hälfte mit dem cystisch degen. Ovar. und der Tube entfernt. R. sind die Adnexe stark adhaerent. Bei der Lösung reisst die Tube ein und entleert Eiter. Entfernung der linken Hälfte mit den Adnexen.	Sechs Tage nach der Operation geht Stuhl durch die Vagina ab, ebenso ziemlich viel Eiter. Auch Winde? Nachher normaler Verlauf.	Scheidentrichter oben noch leicht infiltriert. Kein Abgang von Stuhl und Eiter mehr. Wohlbefinden.	13. II. 07
22. I. 09. Salpingooophorectomia d. per Laparot. Beim Versuch, den Adnextumor zu lösen, zerbröckelt derselbe und entleert viel Eiter in die Bauchhöhle. Um den Tumor herum dick. Schwarten, in denen einzelne Abscesshöhlen sind. Der Tumor wird entfernt. — Die linken Adnexe sind normal. — Einlegen von Mèchen. Schluss der Bauchhöhle.	Am 3. Tag ist der Verband mit schwarzbrauner, übelriechender Flüssigkeit durchtränkt. Pat. klagt über heftige Schmerzen im Abdomen, die gegen Abend zunehmen. Leib stark gespannt. — Exitus.	Path. anat. Diagnose: Peritonitis univers. purulenta. Phlegmone der Bauchdecken.	25. I. 07
16. III. 07. Punktion u. Drainage. Dicht an das Scheidengewölbe anstossend fühlt man einen fluctuierenden Tumor. Eingeh. mit dem Fränkel'schen Dilatat.-Trokart n. vorausgegang. Probepunktion. Es entleert sich massenhaft stinkender, dicker Eiter. — Einlegen eines Balkendrains.	Zweimal starke Blutung aus der Punktionsöffnung. die auf Tamponade steht. Wenig Eiter mehr.	R. im Scheidengewölbe Narbe. Darüber ein apfelgrosser, links ein orangegross. Tumor tuboov.	7. IV. 07

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
72	J. K. 24 Jahr Köchin Basel Württemberg	1907 157	1	War schon vor 1 Jahr in Spitalbehandlung wegen Pelveocellulitis und Perioophoritis dextr. Seit 8 Tagen wieder starke, wehenartige Schmerzen im Unterleib u. Kreuzweh. Seit 1 Jahr gelben Ausfluss. Nie Fieber.	Portio auf d. Beckenboden. Uterus retroflectiert, leicht aufrichtbar. Links und rechts ein gut hühnereigrosser Tumor tuboovarialis. Diagnose: Salpingo-oophoritis gon. dpl. Tumores tuboovariales.
73	Ch.-A. 39 Jahr Hausfrau Solothurn Solothurn	1907 233	4	Vor 5 Jahren Geburt. Im Anschluss daran bemerkt Pat. rechts unten im Leib eine Geschwulst entstehen, die ihr Schmerzen verursacht und stets grösser wird. Periode mit Ausnahme der letzten, welche 4 Wochen dauerte, O. B.	Uterus anteflect., ziemlich gross. Rechts dav., dicht anschliessend ein orangegrosser cystischer Tum. tuboovarialis, mässig beweglich. Diagnose: Rechtsseit. Adnextumor.
74	M. S. 20 Jahr Glätterin Basel Solothurn	1907 264	o	Seit ca. 1 Jahr Schmerzen rechts und seitl. im Abdomen, besond. stark während d. Periode. Seit 4 Woch. an der genannten Stelle ein Tumor auftretend, der rasch grösser wurde. Die Schmerzen haben sich in den letzten Wochen aufs äusserste gesteigert.	Uterus retroflectiert, klein, derb. Vor demselben ein längl. ovaler Tumor, der elastisch. Untere Kuppe des Tum. im vordern Scheidengew. Fluctuation nachweisb. Diagnose: Tumor cysticus ovarii d.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
29. VI. 07. Salpingoooophorectomia dextra. — Salpingectomia sin. Beide Tuben sind verdickt und chron. entzündet. Rechts sind die Adhaerenzen leicht lösbar. Links entleert sich aus dem mit dem Ovarium verklebten Tubenpavillon beim Lösen der Verklebung Eiter in die Beckenhöhle. Abtragung der Adnexe rechts, der Tube links. Schluss der Bauchwunde.	Die zwei ersten Tage post op. Abends 38,2 u. 38,4°. Verlauf sonst glatt, Wunde p. p.	Uterus mit dem Fundus an der vord. Bauchwand. Nirgends ein Exsudat. Wohlbefinden.	30. VII. 07
6. V. 07. Salpingoooophorectomia dextra. Der rechtsseitige Tumor tuboovar. ist mit 2 Darmschlingen und einem Netzzipfel ziemlich stark verwachsen; bei der Lösung reisst d. Tumor an einer Stelle ein und entleert graugelben Eiter. Abtragung des Tumors. Schluss der Bauchhöhle.	Während drei Wochen abends immer Fieber. Aus der Wunde sickert Eiter. Glasdrain's und Spülg. Sekretion nimmt ab. Im Douglas ein Exsudat fühlbar.	Bauchwunde und -Fistel bis auf einen kleinen Granulationszapfen gut geheilt. Im Douglas noch immer ein starres quer verlaufendes Exsudat.	4.VII, 07
24. V. 07. Salpingectomia dextra. Bei der Eröffnung des Peritoneum entleert sich sofort viel Ascites. Periton. und sämtl. Darmschlingen mit zahlreichen Knötchen bedeckt. R. ein kindskopfgrosser Tumor mit glatten Wänden. Die Punktion ergibt ca. 450 cm³. Eiter. Das abdominale Ende d. Tube ist an Darmschlingen adhaerent. Bei der Lösung entleert sich aus ihm viel Eiter. Entfernung des Tumors. Einlegen einer Mèche. Schl. der Bauchhöhle.	Am Abend und folgenden Morgen 38,2°. Sonst nie Fieber. Einmal Brechen. Geringe Sekretion. Die Fistel schliesst sich nur langsam.	Bauchwunde gut geheilt, noch 2 kleine Fistelchen, die wenig secernieren. Uterus leicht recliniert, anteflectiert. Nirgends ein Exsudat.	29. VI. 07

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
75	A. K. 24 Jahr Köchin Baden Basel	1907 316	○	Von der mediz. Klinik eingeliefert wegen eines Tumors im kleinen Becken. Periode in der letzten Zeit stark und sehr schmerzhaft.	Uterus anteflectiert; r. ein beweglicher, orangegross., dem Uterus dicht anliegender Tumor. Linkes Ovar. hart; von Exsudaten umgeben. Diagnose: Salpingo-oophoritis tbc. dpl.
76	F.-H. 28 Jahr Hausfrau Basel Basel	1907 351	4	Seit 2 Monaten starken, eitr., übelriechenden Ausfluss. Seit 14 Tagen Schmerzen im Unterleib, besonders rechts. Vor 8 Tagen Eintritt der Periode, die bes. stark und sehr schmerzhaft war.	Uterus anteflect., recliniert. Links und rechts ein Tumor tuboov. von Orangegrösse mit glatter Oberfläche. Diagnose: Tumor tuboov. dupl.
77	H.-G. 49 Jahr Landwirtsch. Baselland Baselland	1907 370	4	Seit ca. einem Monat grosse Müdigkeit. Beim Gehen und Pressen Schmerzen im Unterleib. Abends immer Fieber bis 39°. Letzte Periode vor 2½ Mon. Kein Fluor.	Portio unterhalb der Spinallinie. Ut. dextrovertiert, fixiert. Hinter dem Ut. und etwas links ein ca. kindskopfgrosser ziemlich derber, druckempfindl., gut circumscripter, wenig verschiebbarer Tumor. Kuppe vom Douglas aus kaum zu erreichen. Diagnose: Ovarialcyste (vereitert?)

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
9. VII. 07. Salpingooophorectomia duplex. Netz tuberculös erkrankt. Gegen die Adnexe hin besonders starke Verwachsungen und Verklebungen. Beim Loslösen des rechten Tumors reisst dieser ein u. ergiesst Eiter. Die Gewebe sind alle sehr morsch. Abtragung der Adnexe beidseits. Einlegen eines Glasdrains. — Naht.	Abends 38,2. 4 mal Brechen. 6 Stühle am 2. Tag ohne Nachhilfe. Am dritten Tag morgens einmal Stuhl unter grosser Beschwerde. Bald darauf Collaps, aus dem sich Pat. nicht mehr erholt. Abends Exitus.	Path. anat. Diagnose: Peritonitis nach Perfor. eines alten tbc. Ulcus. Peritonitis tbc. Verkäste Mediastinaldrüsen. Caries des V. L. W. Caries des r. Ileo sacral gel. Abscesse im Verlauf der Austrittst. d. gr. Nervenstämme d. untern Extrem.	12. VII. 07
11. VII. 07. Salpingooophorectomia duplex. Links und rechts sind die Adnexe stark vergrössert und bilden Tumores tuboov. Die Adhaerenzen sind ziemlich leicht lösbar. An einer Stelle entsteht eine kleine Oeffnung aus der Eiter quillt. Gazetamponade. Glasdrain. Schluss d. Bauchhöhle.	2 mal über 38,0. Einmal Brechen. Sekretion sehr gering. Verlauf gl.	Uterus anteflect. Nirgends ein Exsudat. Narbe fest. Wohlbefinden.	20. VIII. 07
20. VII. 07. Ovariotomie. Darmschl. mit Bauchwand und Tumor durch leicht lösliche Adhaerenzen verbunden. In der Tiefe sind stärkere Verwachsungen, bei deren Lösung d. Tumor platzt und viel stinkenden Eiter in die Bauchhöhle giesst. Spülung mit Borwasser. Abtragung des Tumors. Tamponade des kleinen Beckens mit Xeroformgaze. Naht. —	Abends 39,3. — Nach 24 Stunden Exitus.	Sektion verweigert.	21. VII. 07

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
78	D.-B. 40 Jahr Hausfrau Elsass Elsass	1907 384	○	Vor 2 Jahren von Zeit zu Zeit Stechen im Unterleib, das aber bald nachliess. — Vor drei Wochen traten dieselben Schmerzen wieder auf, jedoch in so verstärktem Masse, dass Pat. den Spital aufsucht. Stets wenig dünnen Ausfluss.	Uterus anteflect., nach rechts verschoben. Links anschliessend ein kindskopfgrosser, derber Tumor, der verschieblich ist. Diagnose: Tumor tuboov. sin.
79	M.-S. 42 Jahr Hausfrau Basel Basel	1907 481	9	Seit der letzten Geburt vor elf Monaten Schmerzen rechts im Unterleib. Nachts im Bett stärker. Ausfluss gering.	Handbreit über dem r. Schambeinast die Kuppe eines Tumors zu fühlen, der druckempfindl. ist. Oberfläche glatt. Per vag. liegt der Tumor dem Uterus eng an. Diagnose: Salpingo-oophoritis dextr.
80	B.-R. 27 Jahr Tochter Baden Bayern	1908 3	○	Vor 9 Monaten dumpfe bohrende Schmerzen im Unterleib, verbunden mit Abgang von schleimig eitrigen Massen im Stuhlgang. Die Schmerzen verschwanden bald. Vor 5 Wochen dieselbe Erkrankung. Menses O. B. Kein Fluor.	Uterus vollständig sinistroponiert. Rechts ein Tumor von kleinkindskopfgr., die Symphyse 6 cm. überragend das r. und das hintere Scheidengewölbe herabdrückend. Pyovarium. Nach dem Uterus zieht die verdickte Salpinx. Linke Adnexe nur undeutlich zu fühlen. Auf Druck entleert sich aus dem Rectum Eiter. Diagnose: Pyovarium mit Durchbruch in's Rectum.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
25. VII. 07. Salpingooophorectomia sin. Der Tumor sitzt der Beckenwand fest auf u. ist allseitig fest mit den ihn umgebenden Organen verwachsen. Beim Lösen der Adhaerenzen fliesst aus einer hinter der Tube geleg. Höhle Eiter. Der Tumor wird in toto entfernt (enth. Eiter.) Das kl. Becken wird mit Gaze tampon. und die Bauchhöle geschlossen.	2 mal 38,2. — In der ersten Nacht 2 mal Brechen. Beim Verbandwechsel entleert sich aus d. Drainrohr blutig serös. Sekret. Sekretion nimmt langsam ab. —	Uterus anteflectiert. R. Adnexe O. B. Kein Exsudat. Am untern Wundwinkel noch leicht secernierende kleine Oeffnung.	28. VIII. 07
3. X. 09. Salpingooophorectomia dextra. Der Tumor ist vom Ovarium gebildet. Darüber hinweg läuft der Proc. vermif. in zahlreichen Adhaesionen gebettet, b. deren Lösung sich Eiter entleert. Abtragung des Processus vermiform. vom Coecum. Die Isolierung des Tumors muss im Uterusgewebe vorgenommen werden. Abtrag. des ganzen Paketes. - Tamponade mit Gaze. - Naht. —	Die ersten 2 Tage post. op. abds. bis 38,5°, wenig Brechen. Beim Mèchenwechsel fliesst jeweils ziemlich viel eitrig-seröse Flüssigkeit ab. 14 Tage post op. hat sich in der Laparotomiewunde ein hühnereigrosser Abscess gebildet, der eröffnet wird. Langsame Heilung per sec. int.	Uterus anteflect., beweglich. Nirgends ein Exsudat.	24. XII. 07
Zweizeitige Incision. I. Annähen des Peritoneum an die Bauchwunde. II. Eröffnung des Pyovarium und Drainage.	Gaze meist stark fäkulent riechend. Abends immer Fieber bis 39,2°. Beständig Brechen. Sekretion nimmt langsam ab.		10. I. 08

Lauf. No.	Name, Alter, Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
81	B.-M. 30 Jahr Hausfrau Basel Baden	1908 11	2	Seit ca. 8 Mon. Ausfluss. Pat. machte Spülungen. Vor 8 Tagen plötzl. Schmerzen links im Leib, heftig zuckend. brennende Schmerzen beim Wasserlösen.	Uterus dextro-, antevertiert durch einen linksseitigen Tumor von Orangegrösse und Okarinoform, von prallelast. Consistenz und glatter Oberfläche. Rechte Tube leicht verdickt, Ovarium etwas vergrössert. Diagnose: Tumor tuboovar. sin.
82	S.-U. 39 Jahr Ladnerin Basel Basel	1908 16	o	Seit 3 Mon. Schmerzen im Unterleib angeblich infolge Ueberanstrengung an der Nähmaschine. Im Anschluss an die letzte Periode krampfartige Schmerzen. Einmal Brechen. Temp. nie über 37,3°.	Uterus antepon. Im Douglas ein rundlicher, stark druckempfindlicher Tumor zu fühlen, der sich v. links nach rechts zieht. Tumor sehr resistent, lässt sich hin und her verschieben. Diagnose: Tumor tuboov. dext.
83	K.-V. 36 Jahr Händlerin Basel Basel	1908 87	1	Seit ca. 1/9 Jahr bestehen Schmerzen im Unterleib, zeitweise mit Fieber, Fluor, vor den Menses besonders stark. Auch Schmerzen beim Wasserlösen.	Uterus anteflect. Dicht am Uterus anliegend ein kindskopfgross. Tumor. Der Douglas ist durch harte Massen erfüllt. L. Adnexe nicht fühlbar. Diagnose: Salpingo-oophoritis dextra. Pelveoperitonitis, Pelveocellulitis.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
17. XII. 07. Salpingooophorectomia sin. Rechtes Ovarium und Tube nicht verdickt, mit der Umgebung verback. Links wird der durch Tube und Ovarium gebildete Tumor abgetragen. Er enthält Eiter, aus dem Staphylococcen gezüchtet werden.	Vollkommen glatter Verlauf. Wunde p. p.	Uterus anteflect., recliniert. R. Adnexe nicht druckempfindl. R. Lig. sacro-uterin. verdickt u. druckempfindlich.	10. I. 08
6. II. 08. Salpingooophorectomia dextra. — Salpingectomia sin. Exstirpatio uteri total. vaginal. Spaltung des Uterus in der Mitte. Es ergiesst sich bei dieser Manipulation bald Eiter aus der Operationswunde, von l. her (Pyovarium). Abtragung des Uterus, sowie der bds. erkrankten Tuben. Beide enthalten Eiter. Entfernung des Pyovar. sinistr. Tamponade der Bauchhöhle und der Scheide.	Nie Fieber. Zieml. viel Brechen. Sekretion gering, hört bald ganz auf.	Scheidenwunde granuliert noch. Allgemeinbefinden ziemlich gut, noch grosse Schwäche.	10. III. 08
17. II. 08. Salpingooophorectomia dextra. In der Mitte, hinter der Symphyse, ein cystischer Tum., durch knorpelharte Schwarten mit der Umgebg. verbacken. Bei der Lösung platzt der Tumor und entleert klare Flüssigkeit. Daneben eröffnet sich aber auch ein Eiterherd (Pyovar.) und entleert dünnflüssigen, übelriechenden Eiter. Die Adnexe werden rechts nach u. nach freigemacht. Aus der Tube entleert sich Eiter. Linke Adnexe frei. Abtragung der rechten Adnexe. Drainage d. Bauchhöhle mit Mèchen und Drains.	4 Tage langs abends Temp.-Steig. bis 38,9°. Allgemeinbefinden gut. Geringe Sekretion. Wunde trocken.	Uterus anteflect. R. h. noch Schwielen fühlbar. Kein frisches Exsudat.	6. III. 08

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	**Anamnese**	**Aufnahmestatus** Diagnose
84	T. 21 Jahr ohne Basel Frankreich	1908 134	○	Seit zirka 3 Wochen wurde ein Tumor bemerkt, der rasch wuchs. Fluor albus. Schmerzen im Unterleib und im Kreuz.	Uterus retroflect. Fossa vesico uterina durch fluct. Exsudat erfüllt. L. fühlt man die Kuppe eines Tum. dessen Punktion Eiter ergibt. Diagnose: Kystoma ovarii purul.
85	V.-U. 45 Jahr Hausfrau Basel Basel	1908 279	1	Seit der letzten Periode vor 10 Tagen hat Pat. immer blut-wasserähnlichen Ausfluss. Seither Schmerzen auf beiden Seiten im Unterleib, ebenso im Kreuz. Fieber.	Uterus stark dextrovertiert in Anteflexion. Auf der linken Seite ein glattwandiger Tumor. R. Adnexe anscheinend gesund. Diagnose: Tumor tuboovarialis.
86	St.-Br. 36 Jahr Hausfrau Elsass Italien	1908 352	○	Seit 1 Jahr immer geringe Schmerzen im Unterleib, zieml. viel Ausfluss. Vor fünf Wochen Fieber und vermehrte Schmerzen.	Uterus links hinten fest fixiert. Die hintere Fläche mit schwieligen Rauhigkeiten bedeckt. L. Ovarium an der Articulatio sacro-iliaca anscheinend adhaerent, u. druckempfindlich. Rechte Adnexe liegen dicht am Ut., sind schwer abtastb. Diagnose: Retroflexio fixata. Pyosalpinx sin. — Salpingitis dextra.
87	M.-B. 29 Jahr Hausfrau Basel Baden	1908 452	1	Vor 14 Tagen letzte Menses. Seither starke Schmerzen links im Unterleib u. starker Fluor. Fieber. Wasserbrennen.	Uterus recliniert, anteflectiert. L. vom Uterus ein hühnereigr., weicher, etwas unregelmässiger Tumor, überall gut circumscript, auf Druck empfindlich. R. ein kleinapfelgrosser Tumor. Diagnose: Tumor tuboov. dupl.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation.	Entlassungsstatus	Austritt
13. III. 08. Ovariotomia sin. mit Entfern. der Tube. Bei der Eröffnung des Peritoneum wird sofort ein kindskopfgrosser Tumor sichtbar. Derselbe zeigt zahlreiche Adhaerenzen. Die Lösung der Adhaerenzen gelingt ohne Verletzung des Tumors, welcher in toto abgetragen wird.	Am Tag nach der Op. 38,2°. Sonst Verlauf vollkommen glatt.	Uterus anteflect. Kein Exsudat.	28. III. 08
21. V. 08. Salpingooophorectomia duplex. Beidseits Ovarialtumoren, die mit der Umgebung stark verwachsen sind. Bei der manuellen Lösung der Adhaerenzen reisst die linke Tube ein und entleert dicken, gelben Eiter (der reichlich Streptococcen enthält.) Abtragung der linken Adnexe. — Rechts enthält die Tube ebenfalls Eiter. Ovarium vergrössert. Abtragung der r. Adnexe. — Schluss d. Bauch-Höhle.	Abends 38,3°. 2mal Erbrechen. Temperaturen bleiben ziemlich lange subfebril. Pulsfrequenz hoch. Sonst Verlauf glatt und ohne Beschwerden.	Uterus stark nach r. verlagert. Kein Exsudat. Wunde p. p.	15. VI 08
26. VI. 08. Salpingectomia duplex. Links Abbinden der Tube am Tubenwinkel; dabei entleert sich etwas Eiter. Abtragen der Tube. Rechte Tube verdickt, keinen Eiter enthaltend. Abtragung. — Schluss der Bauchhöhle.	Tägl. Erbrechen. Am 4. Tag abends 38,4°. Puls 132. Kein Stuhlgang. Abdomen stark aufgetrieben u. schmerzhaft. Am 5. Tag Exitus.	Sektion verweigert.	30. VI. 08
1. X. 08. Salpingooophorectomia duplex. Es zeigen sich zahlreiche Adhaesionen mit den Därmen. Nachdem diese gelöst, werden die beiden Tuben in toto entfernt. Sie enthalten Eiter. Schluss d. Bauchh.	Am 1. und 2. Tag abends 38,5°. Wunde trocken, p. p. heilend. Wohlbefinden.	Uterus klein, anteflectiert. Gegend des rechten Adnexstumpfes noch etwas druckempfindlich.	15. X. 08

Lauf. No.	Name, Alter Beruf, Wohnort, Heimat	J. No.	Partus	Anamnese	Aufnahmestatus Diagnose
88	B.-Sch. 24 J. Hausfrau Basel Bayern	1908 447	1	Vor 8 Tagen plötzlich stechende Schmerzen im Unterleib auf beiden Seiten, die stets zunehmen. Dicker eitriger Ausfluss. Fieber.	Uterus dextropon., in Anteflextion. R. Ovar. klein, frei bewegl. Tube verdickt, empfindlich. L. ein hühnereigr., glatter, leicht beweglicher, walzenförmiger Tumor, der stark druckempfindlich ist. Diagnose: Pyosalpinx duplex.
89	S.-L. 48 Jahr Hausfrau Basel Basel	1908 534	3	Seit 14 Tagen viel eitriger Ausfluss, mit Fetzen und blutigen Bestandteilen. Leib stark aufgetrieben. Vor 4 Tagen wesentl. Verschlimmerung. Brechen, viel Aufstossen. Heft. Schmerzen im Unterleib.	Uterus links hinten. Rechts davon ein Tumor von harter Consistenz. Es geht zieml. viel Blut ab m. Schleimhautfetzen. Links ebenfalls ein Tumor. Diagnose: Peritonitis. Pyosalpinx, Pyovarium.
90	St.-K. 38 Jahr Putzerin Basel Aargau	1908 604	1	Menses seit Partus vor 1 Jahr unregelmässig, in den letzten Monaten alle 14 Tage. Auch in den Intervallen Abgang von wenig Blut. Seit 8 Tagen Schmerzen im Unterleib, die nach den Hüften u. ins linke Bein ausstrahlen.	Uterus antefl., leicht dextroponiert. Links ein höckeriger, ziemlich fester Tumor, der der Ut.-Kante dicht anl., orangegross und leicht druckempfindlich ist. Rechte Adnexe nicht deutlich abtastbar, da der Uterus dicht an die Beckenwand geschoben ist. Diag.: Tumor tuboov. sin.

Operation Datum	Verlauf nach der Operation	Entlassungsstatus	Austritt
21. VIII. 08. Salpingectomia duplex. Tube beidseits stark aufgetrieben. Ovar. derb. Leichte Verwachsungen mit den Därmen. Lösen der Adhaerenzen. Abtragen der Tuben beidseits. Die Tuben enthalten Eiter. — Schluss d. Bauch-Höhle.	Nie Fieber. In den ersten Tagen heft. Schmerzen im Op.-Gebiet. — Wunde p. p.	Allgemeinbefinden gut. Linkes Ovarium druckempfindlich. R. Ovarium nicht ganz frei. Nirgends Exsudat.	12. IX. 08
23. XI. 08. Ovariotomia dextra. — Drainage der Bauchhöhle. Beim Eröffnen des Peritoneum tritt viel Eiter aus der Bauchhöhle. Man gelangt in einen abgesackten Raum, in dem ein grosser Tumor tuboovar. fixiert liegt, der nur mit Mühe ausgeschält werden kann. L. ein kleinerer Tumor d. Adnexe. — Abtragen d. rechtsseitigen Tumors. Spülung der Bauchhöhle. Drainage mit Gummidrain und Mèchen.	Exitus 6 St. p. op.	Keine Sektion.	23. XI. 08
12. XI. 08. Salpingooophorectomia duplex. Beim Versuch, den Tumor hervor zu wälzen, reisst er ein und entleert viel Eiter in die Bauchhöhle. Abtrag. des Tum. sowie d. rechtsseitigen krankhaft veränderten Adnexe. Tampon. d. kleinen Beckens mit Mèchen; Einlegen v. Glasdrains. Schluss der Bauchhöhle.	Nie Fieber. Verlauf gl.	Wunde bis auf eine kl. Stelle (Drainageöffnung) geheilt. Uterus anteflectiert. Auf der linken S. ein ca. nussgrosser Exsudatrest, an der Stelle, an der das Drainrohr lag.	30. XI. 08

Von diesen 90 Fällen eitriger Adnexerkrankungen waren:

Pyosalpinx	7 Fälle
Pyosalpinx und Pyovarium	22 „
Salpingitis, Perisalpingitis mit Ovarialabscessen	11 „
Entzündliche Tumores tuboovariales	38 „
Tuberkulose	5 „
Vereiterte Ovarialcysten	7 „
	90 Fälle

Von diesen 90 Fällen eitriger Adnexentzündungen sind operiert:

Mit Laparotomie ohne Drainage	25 Fälle
Mit Tamponade nach Mikulicz	30 „
Mit Mèchen oder Glasdrains	15 „
Durch vaginale Operation	13 „
Durch vaginale Incision	6 „
Zweizeitige Operation	1 „
	90 Fälle

In der Nachbehandlung trat Fieber auf:

In den 25 ohne Drainage behandelten Fällen . . . . 18 mal
Heilungsdauer dieser Fälle $30^1/_2$ Tage
Todesfälle: 3.

In den 30 mit Mikulicz'scher Tamponade behandelten Fällen . . . . . 15 mal
Heilungsdauer dieser Fälle $45^1/_2$ Tage
Todesfälle: 4.

In den 15 mit Mèchen oder Glasdrains behandelten Fällen 11 mal
Heilungsdauer dieser Fälle $33^1/_2$ Tage
Todesfälle: 7.

In den 13 mit vaginaler Operation behandelten Fällen 4 mal
Heilungsdauer dieser Fälle $30^1/_2$ Tage.
Todesfälle: 0.

In den 6 mit vaginaler Incision behandelten Fällen 0 mal
Heilungsdauer dieser Fälle 30 Tage
Todesfälle: 0.

In dem einen durch zweizeitige Operation behandelten Fall . . . . . 1 mal

Durchschnittlicher Aufenthalt der Kranken in der Anstalt nach der Operation 34 Tage.

Gestorben sind 14 Fälle = 15,5%.

Bei der der Entlassung unmittelbar vorangehenden Untersuchung wiesen sechs Patientinnen (Fall 8, 11, 21, 32, 56, 71) noch ein Stumpfexsudat mit Schwielen und pelveoperitoneales Exsudat auf.

In 12 Fällen hatte sich ein Stumpfexsudat gebildet (Fall 10, 17, 22, 34, 61, 62, 65, 69, 73, 81, 83, 90).

In den 45 mit Drainage behandelten Fällen (30 mit Tamponade nach Mikulicz, 15 mit Mèchen und Glasdrains) wurde drainiert:

Wegen anders nicht stillbarer Blutung	1 mal
Wegen Eiterung	41 mal
Wegen Zurückbleiben von Abscessmembranen .	2 mal
Wegen einer durch Naht verschlossenen Darmschlinge	1 mal

In einem Falle von Tuberkulose wurde die Laparotomie gemacht und wegen der Unmöglichkeit, die erkrankten Partien auch nur teilweise zu entfernen, die Bauchhöhle wieder geschlossen (Fall 46).

Die Resultate dieser 90 operierten Fälle sind insofern als ungünstige zu bezeichnen, dass davon 14 Fälle = 15,5% starben. Doch muss bemerkt werden, dass die Tuberkulosen mit eingerechnet sind, die mancher Operateur gesondert abhandelt und aus seiner allgemeinen Statistik ausscheidet. Und Tuberkulose verschlechtert nach der allgemeinen Erfahrung die Voraussage ganz erheblich. Die Berichte aus anderen Kliniken lauten sehr verschieden; die Zahlen, die mir zur Verfügung stehen, schwanken zwischen 3,5 und 20%. Es hatte

Winter	3,5%	
Fehling	4,0%	
Chroback	4,1%	
Schauta	6,0%	
Hofmeier	7,7%	
v. Herff	15,5%	
Jung	20,0%	Todesfälle

Die 14 Todesfälle der Baslerklinik betreffen alles Patientinnen, bei denen die Laparotomie ausgeführt wurde. Es hatten weder die Incisionen vom hinteren Scheidegewölbe aus, noch die vaginalen Verfahren mit und ohne Entfernung des Uterus Todesfälle zur Folge und verdienen demnach, wenn operiert werden muss, und wenn anwendbar, den Vorzug vor den Laparotomien. Dieser Vorzug ist aber nur ein scheinbarer, da natürlich die schwersten und gefährlichsten Fälle, die Tuberkulosen, der Laparotomie anheimfallen.

Aehnliche Resultate hat auch z. B. Schauta: bei abdominalen Radikaloperationen 10,5 %, bei vaginalen 2,7 % Mortalität.

Von den 25 ohne Drainage behandelten Fällen starben 3 = 12,0 %.

Von den 45 mit Drainage behandelten Fällen starben 11 = 24,4 %.

Fehling hatte 5,8 % Mortalität bei seinen mit Drainage behandelten, 2,8 % bei den nicht drainierten Fällen und führt die höhere Mortalität darauf zurück, dass nur die schwersten Fälle drainiert wurden.

Die hohe Mortalitätsziffer der Baslerfälle lässt aber doch darauf schliessen, dass auch eine noch so peinlich exakte Drainage, die z. B. in gleicher technischer Ausführung in Strassburg vorgenommen wird, nicht vermag, einen günstigen Verlauf zu garantieren. Die Aussicht, dass nach Drainage, besonders Mikulicz'scher, so leicht Hernien entstehen (leider war es mir nicht möglich, die Fälle dieser Arbeit nach dieser Richtung hin zu untersuchen, da sie zu weit in der Schweiz, in Baden und Elsass verbreitet sind), lässt auch die Frage auftauchen, ob überhaupt drainiert werden soll, und ob der Nutzen der Drainage den Schaden einer Hernie aufwiegt? Den besten Schutz gegen Hernienbildung bildet bekanntlich die prima intentio einer Wunde, und es wird deshalb stets anzustreben sein, eine Laparotomiewunde vollständig zu verschliessen, damit nicht an Stelle, an der die Drainage die Bauchhöhle verlässt, später eine schwache Stelle entstehe. Dadurch, dass wir in der Spülung der Bauchhöhle bei Laparotomien ein Mittel in der Hand haben, die Bauchhöle auf mechanischem Wege von infektiösen und infektionsverdächtigen Stoffen zu reinigen, und

dass das Peritoneum selbst gewissen Infektionsstoffen gegenüber eine grosse Widerstandskraft besitzt, wird es möglich werden, die Drainage mehr und mehr ausser Anwendung zu bringen und für diejenigen Fälle zu reservieren, wo es gilt, flächenhafte und parenchymatöse Blutungen, die der Unterbindung und Umstechung trotzen, zu stillen, oder Perforationsöffnungen des Darmes, die anders nicht geschlossen werden können, durch Erzielung abschliessender Pseudomembranen zum Verschluss zu bringen.

Was nun die Heilungsdauer anbelangt, so beträgt sie im Durchschnitt bei den mit Mikulicz'scher Drainage behandelten Fällen 45 Tage, bei den mit Gaze-, Gummi- oder Glasdrains behandelten Fällen $33^1/_2$ Tage, bei den ohne Drainage behandelten Fällen $30^1/_2$ Tage. Das heisst: Die Drainage verlängert die Heilungsdauer.

Die Operation wird so lange als möglich herauszuschieben sein, weil dadurch der Eiter seine Gefährlichkeit verliert. Das „ubi pus, ibi evacua" der Chirurgen hat für den Gynäkologen keine Giltigkeit, da die Erfahrung lehrt, dass Eiter, der im menschlichen Körper eingeschlossen ist, einer regressiven Metamorphose unterliegt und steril wird. Bei Sektionen findet man hie und da in Tuben eingeschlossene, trockene, krümelige, gelbe Massen, die nichts anderes als Eiter sind. Die Besitzerinnen dieser Eitertuben haben dieselben vielleicht jahrelang ohne jedwede Beschwerde mit sich herumgetragen. Ist aber der Eiter einmal auf diese Weise kulturell und mikroskopisch steril geworden, dann bildet er auch keine Gefahr mehr für die Patientin. Kiefer hat in seinen „Virulenzverhältnissen der Adnexeiterungen" nachgewiesen, dass $^3/_4$—1 Jahr nach der Infektion der Eiter steril wird. Wird man wegen der Notwendigkeit, die Arbeitsfähigkeit einer Patientin möglichst bald wieder herzustellen, zur Operation gedrängt, dann würde der Zeitpunkt ein Jahr nach der Infektion der günstigste sein, denn nun ist der Eiter ziemlich steril. Dann ist es auch nicht nötig zu drainieren und die Gefahr der Hernienbildung fällt weg. Es wird aber in den wenigsten Fällen möglich sein, festzustellen, wann eine Patientin infiziert wurde. Und wenn dies möglich ist, wird es nicht gerade zutreffen, dass im Moment, in dem man zur Operation gezwungen wird, eben ein Jahr seit der Infektion verflossen ist. In solchen Fällen wird man zweifelsohne zu den Ope-

rationsmethoden sich entschliessen, welche eine kurze Heilungsdauer haben, und dies sind nach den Erfahrungen der Basler-Klinik die vaginalen Operationen und Incisionen mit Drainage, welche, wie schon oben erwähnt, auch in Bezug auf die Mortalität die günstigsten Resultate ergeben haben.

Herr Prof. Herff entschliesst sich höchst ungern zu diesen Operationen; er verfährt, so lange wie nur möglich, conservativ, auch bei der Tuberkulose. Dieser Umstand, dass nur schwerste, insbesondere tuberkulöse Erkrankungen mit ausgedehnten Eiterungen operativ angegriffen werden, erklärt die hohe Verlustzahl gegenüber manchen Operateuren, die auch leichte Fälle, etwa aus sozialen Gründen, operieren. Der Prozentsatz der Verluste muss dabei kleiner ausfallen.

Die Incisionen oder besser Punktionen wurden, nach vorausgegangener Probepunktion, mit dem Fränkel'schen Dilatationstrokart im hintern Scheidengewölbe vorgenommen und in die Öffnung nunmehr ein T-förmiges Gummirohr oder ein biegsames Metalldrain nach Lemaire, eingelegt. Der Eiterabfluss erwies sich in allen Fällen als genügend.

Die Incisionen haben den Nachteil, dass meistens Residuen der Entzündung zurückbleiben, die späterhin unter sehr viel ungünstigeren Verhältnissen erneute Eröffnungen verlangen oder die Entfernung indicieren, wie dies auch bei No. 8, 21, 32, 55 u. 71 der Fall war.

Wenn ich als Heilungsdauer der mit vaginaler Incision behandelten Fälle 30 Tage angegeben habe, dann ist dies insofern nicht ganz richtig, als die 30 Tage den Spitalaufenthalt von Operation bis Entlassung bedeuten. Alle 6 Patientinnen wurden mit mehr oder minder starker Sekretion aus dem Spital entlassen. Immerhin waren sie soweit hergestellt, dass sie ihren Beruf als Hausfrauen wieder aufnehmen konnten.

Ich möchte auch insofern dieser konservativ-operativen Behandlung das Wort sprechen, als eine Bewirkung der anticipierten Climax durch die Entfernung des Uterus mit den Adnexen oder der Adnexe allein nicht gleichgiltig sein kann. Manche Frauen haben lange und schwer unter den Erscheinungen des Climacterium zu leiden, und Chroback hebt hervor, dass die sogenannten

climacterischen Beschwerden nach der operativen Entfernung der Keimdrüsen schwerer und viel hartnäckiger sind, als es bei dem normalen, physiologischen Climax der Fall ist. Er steht deshalb auf dem Standpunkt, erst dann zu operieren, wenn mehrere der conservativen Heilmethoden fruchtlos versucht worden sind.

S c h a u t a scheint einen verfrühten Climax nicht zu befürchten, denn er verlangt — wenigstens bei gnorrhoischer — Adnexerkrankung gleich beide Adnexe in toto zu entfernen, auch wenn nur die eine Seite makroskopisch erkrankt scheint. —

Herrn Prov. Dr. O. v. Herff- v. Salis, meinem verehrten Lehrer spreche ich für die Anregung zu dieser Arbeit und für die Ueberlassung des Materials meinen besten Dank aus.